

**ESTRATEGIAS DE MERCADEO DE SERVICIO DE SALUD PARA LOGRAR
MAYORES TASAS DE INICIACIÓN Y DURACIÓN DE LA LACTANCIA EN
MADRES ADOLESCENTES UBICADAS EN CALI**

**JULIANA CAMPUZANO GIRALDO
CARLOS ANDRES GUTIERREZ ARANGO**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE OCCIDENTE
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS
PROGRAMA DE MERCADEO Y NEGOCIOS INTERNACIONALES
SANTIAGO DE CALI
2016**

**ESTRATEGIAS DE MERCADEO DE SERVICIO DE SALUD PARA LOGRAR
MAYORES TASAS DE INICIACIÓN Y DURACIÓN DE LA LACTANCIA EN
MADRES ADOLESCENTES UBICADAS EN CALI**

**JULIANA CAMPUZANO GIRALDO
CARLOS ANDRÉS GUTIÉRREZ ARANGO**

**Proyecto de grado para optar al título profesional de Mercadeo y
Negocios Internacionales**

**Director
LUIS ENRIQUE SUAREZ CIFUENTES
Antropólogo**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE OCCIDENTE
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS
PROGRAMA DE MERCADEO Y NEGOCIOS INTERNACIONALES
SANTIAGO DE CALI
2016**

Nota de aceptación:

Aprobado por el Comité de Grado en cumplimiento de los requisitos exigidos por la Universidad Autónoma de Occidente para optar al título de Profesional en Mercadeo y Negocios Internacionales.

FARIDE CRESPO

Jurado

BEATRIZ OLMEDO

Jurado

Santiago de Cali, 9 de Diciembre de 2016

CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN	10
INTRODUCCIÓN	11
1 ANTECEDENTES	14
2 EL PROBLEMA	18
2.1 ENUNCIADO	18
2.2 FORMULACIÓN	21
2.3 SISTEMATIZACIÓN	21
3 OBJETIVOS	22
3.1 OBJETIVO GENERAL	22
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
4 JUSTIFICACIÓN	23
5 MARCO DE REFERENCIA	26
5.1 MARCO TEORICO	26
5.2 MARCO CONCEPTUAL	31
5.3 MARCO LEGAL	36
5.4 MARCO CONTEXTUAL	39
6 METODOLOGÍA	43
6.1 TIPO DE ESTUDIO	43
6.2 POBLACION Y MUESTRA	43

6.3	TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS	44
6.4	TECNICAS DE ANALISIS DE DATOS	45
7	RESULTADOS	49
7.1	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN	49
7.2	CONOCIMIENTOS LACTANCIA MATERNA	53
7.3	PRÁCTICAS DE LA LACTANCIA MATERNA	56
7.4	FUENTES Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN	65
7.5	ACCIONES REALIZADAS EN SANTIAGO DE CALIPARA PROMOVER LA LACTANCIA MATERNA	67
8	DISCUSIÓN	71
9	ESTRATEGIAS DE MERCADEO SOCIAL PARA LOGRAR MAYORES TASAS DE INICIACION Y DURACION DE LACTANCIA MATERNA	79
9.1	DIAGNOSTICO	79
9.2	HISTORIA DE LA ORGANIZACIÓN	80
9.3	VISIÓN DE LA CAMPAÑA	82
9.4	MISIÓN DE LA CAMPAÑA	82
9.5	OBJETIVO DE LA CAMPAÑA	82
9.6	POBLACION OBJETIVO	83
9.7	PLANEACION Y FORMULACION DE LA ESTRATEGIA	85
9.7.1	Objetivos del marketing	85
9.8	ESTRATEGIAS DEL MARKETING	85
9.9	METAS DEL MARKETING	87
9.10	PLAN TACTICO DEL MARKETING	87

9.11	PLAN DE CONTINGENCIA	89
10	PRESUPUESTO	91
11	CRONOGRAMA	93
12	CONCLUSIONES	94
13	RECOMENDACIONES	95
	BIBLIOGRAFÍA	97
	ANEXOS	97

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Organigrama de la secretaria municipal de salud Cali	82
Figura 2. Diagrama de flujo de CD interactivo	105
Figura 3. Boceto del CD interactivo	106
Figura 4. Contenido CD	107
Figura 5. Introducción lactancia materna	108
Figura 6. Definición lactancia materna	108
Figura 7. Beneficios lactancia materna	108
Figura 8. Posturas y posiciones para amamantar	109
Figura 9. Clase de posturas	109
Figura 10 Postura de cuna	109
Figura 11 Método de extracción leche materna	110

LISTA DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1. Modelo transteorico de Prochaska	31
Cuadro 2. Medición de las variables del estudio	47

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1 Población de mujeres Santiago de Cali por grupos de edad fértil 2016.	42
Tabla 2. Escala de medición de conocimientos en términos absolutos y relativos	71
Tabla 3. Escala de medición de prácticas en términos absolutos y relativos	72
Tabla 4. Análisis DOFA	83
Tabla 5. Estrategia del marketing	86
Tabla 6. Plan táctico del marketing	88
Tabla 7. Plan de ejecución	90
Tabla 8. Sub total gastos personal	91
Tabla 9. Sub total de gastos y equipos	91
Tabla 10. Total gastos de la campaña	92
Tabla 11. Cronograma de actividades campaña del marketing	93

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Modelo de encuesta	100
Anexo B. Consentimiento informado de las madres para la encuesta	104
Anexo C. Estrategia de comunicaciones integradas de mercadeo	105
Anexo D. 10 Pasos para una lactancia feliz	111
Anexo E. Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna OMS/UNICEF 1981	112

RESUMEN

La lactancia materna es fundamental en la nutrición infantil, por ello es un derecho y una obligación del estado informar de sus ventajas, por consiguiente desde el estado se deben establecer estrategias que apoyen la lactancia materna exclusiva y prolongada hasta los dos años de edad. En la práctica de la lactancia en nuestro medio se observan comportamientos irregulares donde su iniciación y duración son afectadas

El propósito del estudio fue el diseño de estrategias de mercadeo social para lograr mayores tasas de iniciación y duración de la lactancia materna en madres ubicadas en Santiago de Cali, para ello se realizó búsqueda de factores relacionados en la duración y abandono de la lactancia en madres que asisten a instituciones públicas y privadas de salud ubicadas en la ciudad.

Metodológicamente se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, la unidad de observación la constituyeron 120 madres ubicadas en salas de espera de consultorios de diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud (Saludcoop, Comfandi, Cafesalud, Sura, Colsanitas) y en el Centro de Salud de Siloe, perteneciente a la ESE de ladera de la ciudad. Los datos se recolectaron por medio de encuesta entre el 1 de febrero del 2016 hasta el 15 de abril y se analizaron las siguientes variables: Características sociodemográficas y económicas de las mujeres, Conocimientos sobre lactancia materna, Práctica de la lactancia materna, Medios y fuentes de comunicación utilizados por las mujeres, acciones para promover la lactancia materna en la ciudad por parte de las organizaciones públicas y privadas y costo de las estrategias

El estudio concluye que las mujeres que han tenido experiencia de lactar y que a pesar de su conocimiento sobre los beneficios de la lactancia materna como primer alimento que debe proporcionarle al infante, muchas la abandonan debido a poco tiempo que el gobierno por ley proporciona para la licencia de maternidad, otro factor relevante son las creencias con relación a lactancia materna sobre todo en población de mayor edad y por otro lado, el desmejoramiento del cuerpo de la mujer joven. El estudio recomienda incentivar prácticas de lactancia materna en relación a iniciación - duración desde un enfoque holístico que incluya al individuo, la familia, la comunidad y la sociedad y en tal sentido se construyeron las estrategias desde el mercadeo social.

Palabras claves: mercadeo social, lactancia materna, estrategias de mercadeo, iniciación lactancia, duración lactancia.

INTRODUCCIÓN

Según informe 2015 de la Organización Mundial de la Salud, la tasa mundial de mortalidad de niños menores de 5 años ha disminuido en más de la mitad, reduciéndose de 90 a 43 muertes por cada 1.000 niños nacidos vivos entre 1990 y 2015¹, esta reducción está relacionada con acciones realizadas desde la salud pública como vacunación y con acciones relacionadas con lograr mayores tasas de iniciación y duración de la lactancia materna. La misma OMS, extendió la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y que se puede complementar con otros líquidos no-lácteos a partir de esa edad y sostenerse hasta los dos años.

En Colombia según la Encuesta Nacional de Demografía y salud 2010² el porcentaje de niños con lactancia materna exclusiva desciende rápidamente durante los primeros 6 meses de vida de los niños, del 63% los primeros dos meses de vida a 24% a los cinco meses.

De acuerdo a las cifras planteadas , se deben aunar esfuerzos por reducir la mortalidad infantil y ello implica entre otras estrategias, un gran impulso al fomento de la lactancia materna, sobre todo cuando se considera que la buena nutrición de un niño menor de 5 años está relacionada con su desarrollo cerebral y por lo tanto, es construir talento humano para un país que intenta trascender hacia la productividad y competitividad, es decir, si la lactancia materna es un asunto de crecimiento y desarrollo infantil también tiene efectos económicos dados por el sostenimiento de la fuerza laboral de una nación, de su capital humano o capital social.

El estudio se hizo importante en la medida en que la lactancia materna ha sido afectada por los cambios del modelo de producción-consumo que conlleva la participación de la mujer en la producción y que en el caso del país, solo concede 94 días de licencia de maternidad, además la presencia de factores culturales por el sistema de creencias de las familias y los estereotipos de belleza en la mujer asociados con la no duración de la lactancia materna.

Según la Encuesta nacional de la situación nutricional en Colombia (Ensin)³, realizada por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) en el 2005 solo el 51,1% de los infantes eran amamantados con leche materna exclusiva y en la misma encuesta, el 50% de las madres afirmaron no haber recibido entrenamiento relacionado con la lactancia.

¹ Informe lactancia materna 2015 [En línea] Organización Mundial de la Salud. 2015. [Consultado 15 de Mayo, 2016]. Disponible en internet: www.oms.org

² Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010. Bogotá D.F: PROFAMILIA. 2010. p. 50.

³ Encuesta nacional de la situación nutricional en Colombia. Bogotá: ICBF. 2005. p. 10.

Por las razones expuestas, el estudio se propuso diseñar estrategias de mercadeo social para lograr mayor tasa de iniciación y duración de la lactancia materna en madres ubicadas en la ciudad de Santiago de Cali.

Metodológicamente se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, la unidad de observación la conformaron madres ubicadas en diferentes instituciones de salud de la ciudad, el tamaño de la muestra fueron 120 madres que en el momento de aplicación de la encuesta lactaban o vivieron la experiencia de lactar, la población se asumió como infinita en la medida en que al momento de la encuesta, aparecían nuevas mujeres lactando.

Los datos primarios se recolectaron por encuesta, aplicada en los meses de febrero-abril del 2016 en horarios de 10am a 5pm, los días lunes, martes, miércoles, viernes y sábados. Los datos secundarios se recolectaron a través del Ministerio de Salud Colombia, Secretaria Municipal de Salud, Pro familia e instituto Colombiano de Bienestar Familiar, además de organismos internacionales como la OMS Y UNICEF.

Los datos se clasificaron y organizaron con base a variables sociodemográficas y económicas, conocimientos y prácticas de lactancia materna, medios y fuentes de comunicación entre otras. Para el análisis de datos se aplicaron herramientas de estadística descriptiva y se utilizaron indicadores tales como tasa de lactancia materna exclusiva antes de 6 meses, tasa de lactancia materna continua al año de vida y tasa de duración de lactancia entre otros.

Formalmente el estudio se divide en tres partes, en la primera parte se exponen los antecedentes del estudio, el problema de investigación, los objetivos, la justificación, el marco de referencia que contiene el marco teórico, el marco conceptual, el marco legal y contextual y por último la metodología desarrollada en el estudio. La segunda parte contiene los resultados del mismo y su discusión. La tercera parte presenta las estrategias de mercadeo social presentadas bajo la estructura metodológica de marco lógico que contiene la matriz de involucrados, la matriz de marco lógico, el plan de trabajo y los costos de las estrategias.

Se espera que los resultados aquí contenidos y sus estrategias elaboradas contribuyan de manera significativa a que hayan más madres lactando y logrando mayores tasas de duración y que dichas acciones se vean reflejadas en colombianos con mayores talentos aportantes al desarrollo económico y social del territorio colombiano, según el informe nacional de competitividad

2015-2016⁴ el país presenta serios rezagos en competitividad y ello está relacionado con el rezago en ciencia, tecnología e innovación, las cuales a su vez están relacionadas con el talento humano que se desarrolla en los primeros cinco años de la vida de un niño-niña en la medida en que tenga una muy buena nutrición, afecto y educación de alto nivel.

⁴ Informe nacional de competitividad 2015-2016 [en línea]. Bogotá D.F: Consejo privado de competitividad. 2016 [Consultado 10 de Junio, 2016]. Disponible en internet: www.compite.com.co

1 ANTECEDENTES

Revisada la literatura en relación al tema se destaca un estudio realizado por Lazcano y titulado “Estrategias educativas para el cumplimiento del protocolo de inicio temprano de la lactancia materna” en el hospital IESS ubicado en Ambato Ecuador entre los años 2013- 2014⁵ . Su propósito, establecer las mejores acciones que conllevan a la elaboración de una estrategia médica para el cumplimiento del protocolo de inicio temprano de la lactancia materna. Fue un estudio descriptivo transversal conformado por 180 mujeres que correspondían a la madres de los recién nacidos y el personal médico involucrado.

El estudio muestra que la mayoría de los nacimientos (135) fueron por cesárea, lo cual indica que al ser una intervención quirúrgica la iniciación y prolongación de la lactancia materna se ve afectada, 45 niños fueron por parto natural y colocados junto a sus madres justo después de su nacimiento y el 80% de los neonatos continuaron su lactancia materna exclusiva un mes después de su nacimiento.

La estrategia estuvo encaminada a la adquisición de nuevos conocimientos para lograr un correcto manejo del recién nacido inmediatamente después de su nacimiento en el Hospital y conformada por dos componentes articulados, información y comunicación, los cuales se describen a continuación.

- Información, diseño de un video donde se promociona el inicio temprano de la lactancia materna coordinado por el director del Hospital, dicha información se estaría proyectando en las pantallas LED, en las salas de consulta externa y en la sala de maternidad, además la utilización de carteles para la promoción del contacto precoz como la lactancia materna, por otro lado se dará material impreso (elaboración de trípticos) sobre las ventajas del contacto precoz para la lactancia materna.
- **Comunicación:** consejería a la madre que se encontraba en el último trimestre del embarazo, cuando esta asistía al control así como el momento en que llegaban a la sala de partos.

A pesar de que la propuesta fue ofertada a la institución, presento una gran acogida en el área de neonatología, sin embargo no se obtuvo el mismo

⁵ LASCANO, Portero Verónica. Estrategia educativa para el cumplimiento del protocolo de inicio temprano de la lactancia materna en el Hospital IESS año 2013- 2014. Trabajo de grado Medico General. Ambato: Universidad Regional Autónoma de los Andes. 2015, p. 49.

resultado con los profesionales del área de ginecología en consulta externa por el tiempo establecido entre consulta y consulta.

En el mismo sentido se destaca el estudio titulado “Efecto de la lactancia materna en el desarrollo de niños y niñas de 18 meses a 4 años”⁶ desarrollado en el 2014 por Fernández Manrique. El objetivo del estudio es valorar la lactancia materna como beneficio para el desarrollo infantil. Es un estudio de corte transversal, la población objeto estuvo conformada por niñas y niños en condiciones de vulnerabilidad.

El estudio muestra que el 74.5% de la muestra recibió leche materna dentro de sus primeros 6 meses o más. La muestra que no recibió lactancia materna mostro un retraso en el desarrollo de las áreas sicomotoras evaluadas, se comprobó que los niños que reciben leche materna prolongada ven incrementada su desarrollo sicomotor. El estudio concluye que la lactancia materna debe tener un mayor seguimiento y promoción para un periodo prolongado de la misma.

Igualmente es importante referenciar el estudio titulado “Factores asociados con la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes en madres adolescentes” realizado en Medellín entre los años 2010-2012, por Gómez y Ruiz⁷ su propósito, evaluar los factores asociados con la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes, en él se comparó las madres no amamantaron a sus hijos durante los primeros 6 meses con las que sí lo hicieron durante ese tiempo. La población objeto de estudio fueron mujeres adolescentes en edades entre 12 y 19 años de edad, se tomó una muestra de 647 adolescentes de nivel 1 y 2 del SISBEN, la recolección de datos se realizó por encuesta.

El estudio expresa que el 63.6% de las madres abandonaron la lactancia materna exclusiva entre el momento del nacimiento del infante y el primer mes de vida. Los factores están relacionados con la no suficiente leche por parte de la madre, le dio sed al niño, no quiso o no le gusto, no le bajo leche, trabajaba y estudiaba a la vez sin posibilidad de tiempo.

⁶ FERNANDEZ MANRIQUE, María. Factores de la lactancia materna en el desarrollo de niños y niñas de 18 meses a 4 años. Quito: Universidad de San Francisco. 2014. p. 67.

⁷ Factores asociados con la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes en madres adolescentes. Medellín: Sociedad Colombiana de Pedriatria. 2010. p. 57.

El estudio titulado Conocimientos sobre la lactancia materna y prácticas de amamantamiento en madres puérperas adolescentes”⁸, realizado por Coronado López y Vásquez en Lima Perú en el 2015. El estudio se desarrolló para generar cambios en las prácticas de amamantar del Hospital Nacional Docente Madre niño “San Bartolomé”, participaron 107 madres adolescentes en edades entre 14 y 19 años de edad, con niveles socioeconómico entre clase media y baja, provenientes de las distintas regiones del Perú. Los datos se recolectaron por encuesta que contenía variables económicas, sociales, demográficas, conocimientos de la lactancia materna y las técnicas de amamantar.

El estudio muestra que las madres puérperas tienen conocimientos de nivel medio en lactancia materna y las prácticas de lactancia pasaron de regular a deficiente y en conclusión, las madres objeto de estudio según edad y nivel económico demuestran que sus conocimientos con base a experiencia son irregulares y deficientes, por ello el estudio pretende generar cambios para que el crecimiento y desarrollo del infante sea exitoso mediante la aplicación de estrategias de iniciación y duración de lactancia materna.

Acorde con el tema se destaca el estudio titulado “Propuesta de Intervención para promover una práctica correcta de la lactancia materna exclusiva en adolescentes embarazadas de Santo Tomás Ajusco”⁹, México realizado en el 2013 por Álvarez Zendejas, el estudio tuvo como objetivo diseñar una propuesta de intervención mediante una campaña de mercadotecnia social que promueva en las adolescentes embarazadas una lactancia materna exclusiva por 6 meses.

Se realizó un estudio descriptivo transversal el cual pretendió identificar las creencias, actitudes y prácticas relacionadas con lactancia materna. Los datos se recolectaron por cuestionario tipo CAP, la muestra estuvo conformada por 79 adolescentes embarazadas entre 12 a 19 años de edad que realizaban sus controles prenatales en un centro de salud.

El estudio muestra que la mayoría de las mujeres tiene conocimientos acertados sobre la forma de alimentación del recién nacido, la lactancia y la duración y el tiempo recomendado para el inicio de la alimentación complementaria, dentro del grupo de mujeres que ya pasaron la etapa del

⁸ CORONADO L. Nadia E. y VASQUEZ M. Yesenia R. Conocimientos sobre la lactancia materna y prácticas de amamantamiento en madres puérperas adolescentes. Lima: Escuela de enfermería. 2015. p. 110.

⁹ MARGHEL ALVAREZ, Patricia. Propuesta de intervención para promover una práctica correcta de la lactancia materna exclusiva en adolescentes embarazadas de Santo Tomas Ajusco. Trabajo de grado Magister en Salud Publica. México: Instituto de Salud pública, , 2013. p. 45.

embarazo y que se encuentran lactando, un 80% menciono que la lactancia materna no se llevó de forma exclusiva, además mencionaron que la lactancia no se llevó a cabo sino hasta los 4 meses de edad.

En el estudio, las adolescentes están dispuestas a dar leche materna, identificándolo como el mejor alimento necesario para el crecimiento y desarrollo del niño, no obstante desconocen los beneficios de la lactancia.

El estudio crea una campaña para motivar el cambio de conducta para que la lactancia materna exclusiva sea un referente importante para la madre como alimento del recién nacido. La campaña se orientó hacia las 4p's del mercadeo: producto, precio, plaza, promoción y planteada sobre estrategia de comunicación difundida a través de mensajes distribuidos por diferentes medios como carteles, grupos de mutua ayuda, talleres, entre otros.

De acuerdo a los estudios revisados, se concluye que el tema de lactancia materna amerita mayor difusión e información apoyo y promoción, en donde el mercadeo social puede apoyar el desarrollo de estrategias para fortalecer las prácticas de alimentación exclusiva durante los primeros 6 meses de vida y posteriormente hasta los 2 años con lactancia materna complementaria, estas prácticas garantizan una mayor desarrollo y crecimiento al infante.

2 EL PROBLEMA

2.1 ENUNCIADO

La lactancia materna supone una importante decisión en materia de salud, es un asunto de crecimiento y desarrollo infantil y por lo tanto, del mantenimiento de la fuerza laboral de una nación, dado que el cerebro de un niño se desarrolla en los primeros cinco años de su vida, requiriendo en ese proceso los niveles nutricionales adecuados para lograrlo sin desconocer los aspectos psico afectivos propios del desarrollo humano.

Este acto de compromiso humano, social y económico requiere desvirtuar subjetividades y comportamientos contruados alrededor de la lactancia materna presentes en gran parte de la población y que hacen parte del contexto cultural en que la población vive dentro de un territorio en el que está inmersa.

Por lo tanto, el problema de la lactancia hace parte del acceso de los pobladores a la producción y su participación en ella, pero también hace parte de los paradigmas culturales que se van construyendo a partir de la participación de los seres humanos en la producción.

Históricamente con la industrialización y el desarrollo del modo de producción-consumo (capitalismo) y la participación de la mujer como fuerza laboral dentro del, implicó la construcción de espacios que permitieran dejar los niños mientras ellas trabajaban (guarderías), ello también propiciado por el cambio de tipología de familia extensa (padre, madre, hijos, abuelos, tíos, nietos, etc.) a familia nuclear (padre, madre e hijos) o familias monoparentales (madre-hijo).

La implementación de nuevos modelos económicos aunado a la participación de la mujer en la producción, la lactancia artificial cobra cada vez más fuerza en detrimento de la lactancia natural, muchos son los factores que están presentes en ese cambio, pero que se resumen en la participación de la mujer en la producción (económico) y la poca acción del estado para regular y facilitar esa participación en relación a licencias cortas de maternidad, escasos tres meses en Colombia y por otro lado, la construcción de paradigmas culturales creados en la mujer y relacionados con el culto al cuerpo, en donde se prefiere mantener un cuerpo “esbelto” y por lo tanto, amamantar va en deterioro de ese estereotipo.

En el contexto nacional, la problemática se agudiza con la proliferación de madres adolescentes producto de los embarazos a temprana edad, con nada o poco conocimiento e importancia de la lactancia materna en el contexto social y económico del país.

En 1979 ante la disminución de las tasas de la lactancia materna a nivel mundial, la UNICEF y la Organización Mundial de la salud (OMS) desarrollaron un código internacional para controlar la comercialización de fórmulas infantiles y productos utilizados como sustitutos de la leche materna¹⁰.

En Mayo de 1981, la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) aprobó el *Código Internacional de Sucesos de la Leche Materna* y desde 1981 24 países lo adoptan total o parcialmente y otros 27 países incorporaron a su legislación nacional muchas de las normas allí estipuladas, incluyendo Colombia (ver decreto en marco legal).

Es importante expresar que la lactancia materna es la acción natural de alimentar al recién nacido con el alimento producido por la madre, lo que se conoce como la leche materna. La leche materna es un componente de dos hormonas conocidas como la prolactina y la oxitocina, la prolactina promueve la producción de leche, mientras que la oxitocina estimula la secreción de la misma. La leche materna se hace vital para el recién nacido ya que esta contiene proteínas, agua, lactosa, grasa, minerales, vitaminas, su pH es de 7 (neutro) y su aporte energético está entre 70 a 76 contKcal. /dl (100ml o 3.5 onzas)¹¹. Bajo este contexto, la OMS y UNICEF afirman que la lactancia materna es el único alimento que el recién nacido necesita para los seis primeros meses de vida.

Por otro lado, los objetivos de desarrollo del Milenio propuestos para el periodo comprendido entre el año 2008 y 2015¹² abarcaron ocho objetivos, el objetivo 4 planteo reducir la mortalidad de niños menores de 5 años y una de sus estrategias era fomentar la lactancia materna.

En la revisión de los avances en el logro de los objetivos según el informe 2015, la tasa mundial de mortalidad de niños menores de 5 años ha disminuido en más de la mitad, reduciéndose de 90 a 43 muertes por cada 1.000 niños

¹⁰ Plan decenal lactancia materna 2010- 2020. Colombia: Ministerio de Protección Social. 65 p.

¹¹ LICATA, Marcela. La leche materna y sus propiedades nutricionales [en línea]. ZNDT Inc. 2016. [Consultado 19 de junio, 2016]. Disponible en internet: <http://www.zonadiet.com/nutricion/composicionleche-materna.htm>

¹² Objetivos del desarrollo del milenio: informe Naciones Unidas. New York: ONU. 2014. P. 33. [Consultado 14 de octubre, 2016]. Disponible en internet: <http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/mdg-report-2014-spanish.pdf>

nacidos vivos entre 1990 y 2015, a pesar del crecimiento de la población en las regiones en desarrollo, la cantidad de muertes de niños menores de 5 años se ha reducido de 12,7 millones en 1990 a casi 6 millones en 2015 a nivel mundial y desde principios de la década de 1990¹³, la tasa de reducción de la mortalidad de niños menores de 5 años se ha más que triplicado en el mundo.

Si bien las cifras muestran una disminución de la mortalidad, no son realmente significativas para alcanzar la meta propuesta y se deben aunar esfuerzos por reducir la mortalidad infantil y ello implica entre otras estrategias un gran impulso al fomento de la lactancia materna.

Según la Encuesta Nacional de la situación nutricional en Colombia (Ensin), realizada por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) en el 2005, el 22,4 por ciento de los bebés recibieron leche materna durante la primera hora de vida; el 49% en las primeras 24 horas; a los tres meses de edad, el 38% recibía biberón y solo el 51,1% de los infantes eran amamantados de forma exclusiva y el 50% de las madres afirmaron no haber recibido entrenamiento relacionado con la lactancia. Es importante anotar que la corta duración de la licencia de maternidad (84 días) podría incidir en estos porcentajes para las madres que laboran.

Por otro lado la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010¹⁴ que interrogo a madres sobre la práctica de la lactancia, su inicio, frecuencia y uso de alimentación complementaria, expresa que el porcentaje de niños con lactancia materna exclusiva desciende rápidamente durante los primeros 6 meses de vida de los niños, de 63% en los primeros dos meses de vida a 24% a los cinco meses. En la encuesta la complementación de leche materna con otra leche y alimentos semisólidos y sólidos aumenta progresivamente desde el nacimiento (27%) hasta los siete meses (75%), por otro lado la encuesta expresa que la mayoría de mujeres (90%) no se les presentó dificultad para amamantar y el 10% restante reportó problemas del pezón, mastitis o de succión por parte del niño.

Se describe en la encuesta la duración total de lactancia materna de mujeres en el año 2010 en Colombia fue de 14.9 meses, por debajo de la recomendación internacional de 24 meses y la lactancia materna exclusiva es de muy corta duración, con una mediana de 1 y con relación a intensidad, en promedio a los niños menores de 6 meses se les amamantó 10 veces en 24 horas, distribuido en 6 veces durante el día y 4 veces por la noche. Se considera óptimo que se amamante 6 y más veces diarias en 24 horas para mantener una buena producción láctea.

¹³ Ibíd. p. 34

¹⁴ Encuesta nacional de demografía y salud 2010. Op cit., p 45.

Entre los motivos que expresan las madres para suspender la lactancia están relacionados con acabarse la leche o por rechazo del niño, motivos probablemente asociados con técnicas inadecuadas de amamantamiento.

Por lo expuesto, el estudio pretende elaborar estrategias de mercadeo social para el fomento de la lactancia materna en población de madres lactantes o próximas ubicadas en la ciudad de Santiago de Cali

2.2 FORMULACIÓN

- ¿Si se elaboran estrategias con enfoque de mercadeo social aumentaran las tasas de iniciación y de duración en lactancia materna en madres ubicadas en Santiago de Cali?

2.3 SISTEMATIZACIÓN

- Que características sociodemográficas y económicas están presentes en la población objeto de estudio.
- Que conocimientos y prácticas tiene la población objeto de estudio con relación a la lactancia materna?
- Cual es tasa de iniciación de lactancia materna y duración en la población objeto de estudio?
- Que fuentes y medios de comunicación son los más usados por las adolescentes?
- Que acciones para promover la lactancia materna se realizan en la ciudad las entidades públicas y privadas?
- Cuál es el costo de las estrategias para su aplicación?

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Diseñar estrategias de mercadeo social para lograr mayores tasas de iniciación y duración de la lactancia en madres ubicadas en Cali.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar las características sociodemográficas y económicas de las madres de la ciudad de Cali.
- Analizar los conocimientos y prácticas que tiene la población objeto de estudio en relación a la lactancia materna.
- Identificar tasa de iniciación de lactancia materna y duración en la población objeto de estudio.
- Identificar las fuentes y medios de comunicación más usados por las mujeres (madres) para seleccionar las más adecuadas en términos de la efectividad de las estrategias.
- Conocer acciones hacen las organizaciones públicas y privadas para promover la lactancia materna en la ciudad de Cali.
- Elaborar el costo de las estrategias y diseñar indicadores de control de gestión y evaluación.

4 JUSTIFICACIÓN

Para el año 2015, Cali tenía el 8.6% de niños con bajo peso al nacer¹⁵ porcentaje por debajo de la meta nacional del 10%. La lactancia materna exclusiva para Colombia según la Encuesta Nacional de Nutrición 2010, fue del 3.3% para el Valle del Cauca del 1.9% y para Santiago de Cali de 0.8%. es decir, el porcentaje nacional de lactancia materna exclusiva es muy bajo y desde luego para el departamento y la ciudad, es demasiadamente bajo, causas de ello, son múltiples, algunas están relacionadas con el acceso y uso de la información, muchas mujeres en estado de embarazo y madres primerizas hacen caso omiso a información que se recibe por diferentes medios, haciendo uso de la implementación de prácticas acordes con su contexto cultural, desconociendo la importancia de la leche materna como un todo en la alimentación de sus hijos.

En relación a la iniciación de la lactancia materna, según la Encuesta Nacional de demografía y salud del 2005¹⁶ el porcentaje de niños que alguna vez fue amamantado fue del 96.8% en la zona urbana del país y el 97.9 en la zona rural. En la misma Encuesta entre los niños que lactaron el 48.8% inicio lactancia en la primera hora de nacido en la zona urbana y el 47.1 en lo rural; el 24.3% inicio la lactancia materna durante el primer día de nacido en la zona urbana y el 18.3 en la zona rural y el 30.8% recibió alimentos antes de empezar a lactar en la zona urbana y el 24.4% en la zona rural. De los datos se observa que hay unas desigualdades manifiestas de la práctica de la lactancia materna entre lo urbano y lo rural, pero en las dos zonas hay un profundo desconocimiento de prácticas positivas de lactancia materna.

La Encuesta Nacional de demografía y salud 2010¹⁷, encontró que la gran mayoría de mujeres colombianas (96%) inició el amamantamiento de su hijo al nacer. Por lugar de residencia no hay diferencias entre zona urbana o rural; un 57% de las mujeres informó haber puesto el niño al seno en la primera hora de nacido, práctica que favorece el pronto establecimiento de la lactancia materna. Se observa mejoría en esta práctica comparada con el 2005, en donde un 49 por ciento de las mujeres inició en la primera hora. Otro 20% empezó a lactar durante el primer día de nacido y el restante 23% lo hizo en los primeros tres días posparto.

Por otro lado la tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años en Santiago de Cali al año 2015 fue del 18.9 por cien mil habitantes nacidos vivos y entre el año 2011 al 2016 se presentaron en la ciudad 38 defunciones por desnutrición en menores de 5 años y por periodos epidemiológicos en lo que va

¹⁵ Estadísticas vitales: cifras 2015. Bogotá D.F: DANE. 2015. p. 100.

¹⁶ Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005. Bogotá D.F: PROFAMILIA. 2005. p. 20.

¹⁷ Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010. Op cit., p 90.

corrido del año, se han detectado 259 casos de niños menores de 5 años con morbilidad por desnutrición aguda¹⁸.

Esta evidencia empírica justifica la elaboración de estrategias de mercadeo social para dar una solución a una necesidad sentida dentro de la ciudad y que hace referencia a la forma como se está alimentando a la población infantil dentro de sus primeros años de vida, si se tiene en cuenta que la lactancia materna disminuye el riesgo de morbilidad por desnutrición y desde el punto de vista afectivo, mejora el apego y el vínculo familiar.

Si la lactancia materna es un conjunto de sustancias nutricionales para el desarrollo del infante y el establecimiento de lazos afectivos, son razones que justifican la realización del estudio con el propósito que elabora estrategias desde el mercadeo social para fomentar la lactancia materna en mujeres y de esta manera, contribuir a la formación de un talento humano más competitivo y productivo, porque los niños de hoy y los próximos a serlo, son el capital humano que posee un territorio y por lo tanto, la sociedad en su conjunto debe fortalecerlos desde su procreación, es un derecho de los niños, el derecho a la vida, a la alimentación, a la salud entre otros.

Las estrategias planteadas se apoyan en la Norma Nacional de Lactancia Materna, Ordenanza Ministerial No. 217/09¹⁹ la cual expresa que toda mujer y su pareja tienen derecho a obtener del personal de salud, desde la etapa prenatal, según las normas de atención a la mujer embarazada, la información y la destreza necesarias así como la consejería sobre las ventajas y beneficios que provee el amamantamiento en forma exclusiva hasta los 6 meses y las prácticas óptimas de la alimentación complementaria. Igualmente deberán ser orientadas sobre los riesgos que implican el uso de otras alternativas de alimentación y la familia estará en condiciones de tomar decisiones responsables para una mejor alimentación para el niño o niña pequeña.²⁰

La norma expresa que durante el primer año de vida la leche materna es la base para lograr un crecimiento y desarrollo óptimo, además de ser un elemento crucial para la supervivencia infantil. Plantea también que la práctica de amamantar debe ser exclusiva hasta los primeros 6 meses de vida, y es recomendable que continúe cuando sea posible hasta los dos años de edad. A partir de este tiempo deberá llevarse un control sobre los alimentos complementarios adecuados, seguros e inocuos y de preferencia de preparación en casa.

¹⁸ Sistema de vigilancia mortalidad por desnutrición 2014-2016. Cali: Secretaría Municipal de Salud: Oficina de epidemiología. 2016. p. 90.

¹⁹ Norma nacional de la lactancia materna: ordenanza ministerial No.217/09. Bogotá: Ministerio de Salud - Dirección general de salud. 2009. p. 45.

En la norma se ordena que las mujeres madres tengan el derecho y la necesidad de ser apoyadas y estimuladas durante el embarazo, parto, puerperio y lactancia materna, por parte de su familia, sociedad, lugares de trabajo y el estado. Recibirán durante esta etapa la información para desarrollar las capacidades necesarias para la administración de la producción, manipulación y almacenamiento de la leche humana.

Por último la Norma de la lactancia materna manifiesta que todos los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud en los que se presentan servicios de atención a la mujer embarazada, atención de partos y atención integral infantil, deberán aplicar la presente norma y las disposiciones que el Ministerio de Salud emita en relación a la práctica de lactancia materna y alimentación complementaria, incluida en las buenas prácticas de alimentación del lactante y el niño/a pequeño.

5 MARCO DE REFERENCIA

El marco de referencia contiene los elementos teórico-conceptuales que orientan el análisis del estudio, en él se presenta el marco teórico basado en la teoría social cognitiva o teoría del aprendizaje (Bandura, 1965), la teoría de la acción razonada propuesta por Fishbein y Ajzen (1975) y Ajzen y Fishbein (1980) y el modelo transteórico propuesto por Prochaska en el año 1979 y como complemento guía y orientador del análisis para la formulación de estrategias se esboza la teoría de redes sociales, Al final se presentan los lineamientos jurídicos que respaldan las estrategias de mercadeo social para su implementación.

5.1 MARCO TEORICO

Teóricamente el estudio tomara como base la teoría del aprendizaje social propuesta por Bandura. La teoría plantea que un cambio de conducta está fundamentado en la creencia de que una persona pueda alcanzar exitosamente la conducta deseada, es decir, que si una madre lactante quiere generar conductas adherentes, solo es posible en que ella lo desee, lo quiera, o en otras palabras, se dé el permiso para hacerlo, por lo tanto, la teoría influye en el factor conductual y cognitivo, dos componentes sin los cuales no pueden entenderse las relaciones sociales²¹.

La creencia en la teoría es denominada autoeficacia, entendida como la habilidad de alcanzar lo deseado, es decir que una madre deje de alimentar a su bebe con leche de formula y se preocupe más por amamantar al bebe y de esta manera la madre tenga un mayor control y compromiso frente a la construcción de una nueva vida, dado que los talentos humanos de un país dependerán en gran medida de los niveles nutricionales que las madres le suministren tempranamente a sus hijos, al respecto Picciano (2001) expresa que la infancia es un periodo vulnerable en el que la leche materna es la única fuente de nutrición para una etapa de maduración y desarrollo del recurso más importante de una nación: sus gentes.

Desde la teoría, la interacción de los sujetos, en el caso que nos ocupa, de madres lactantes es un elemento base del aprendizaje, por ello las estrategias de mercadeo social a elaborar se plantean desde el encuentro de las madres a través de los foros, chats, entre otros. Al respecto la teoría de redes plantea que un conjunto de actores- individuos, grupos, organizaciones, comunidades, sociedades globales, etc. - vinculados unos a otros a través de una o un conjunto de relaciones sociales pueden servir para interpretar los comportamientos sociales de las personas, en el caso que nos ocupa, mujeres

²¹ BANDURA, Elbert. Teoría del aprendizaje social. España: Editorial Espasa. 1987. p. 145.

lactantes o próximas a serlo, sus encuentros serán pilares de aprendizajes significativos en bien de la nutrición de sus hijos.

La idea central de los análisis de Redes reside en el supuesto de que lo que la gente siente, piensa y hace, tiene origen en su cultura, en patrones de crianza y se manifiesta en pautas de comportamiento que son aprendidas en el transcurso de la vida, lo que se aprendió, en cierto momento se puede desaprender para volver a aprender otras pautas de conducta más saludables y todo ello es posible en la medida en que la madre quiera hacerlo, se destaca por lo tanto que las relaciones situacionales que se dan entre diversos actores (las madres) son buenos momentos para cambiar conductas negativas por conductas positivas. Por consiguiente, la explicación de los comportamientos requiere un análisis de cómo los actores están conectados unos a otros en las diversas situaciones en las que son observados.

Desde la teoría social cognitiva, Bandura admite que el aprendizaje está ligado a procesos de condicionamiento y refuerzo positivo o negativo. Del mismo modo, reconoce que no puede entenderse el comportamiento si no se toma en consideración los aspectos del entorno que influyen como presiones externas. Desde este argumento los medios masivos de comunicación pueden moldear conductas de comportamiento en las madres y ello está relacionado con la relación entre lactancia materna y desmejoramiento del cuerpo de la mujer.

Bandura²² en la Teoría del Aprendizaje Social relievaa el factor cognitivo, dado que el sujeto de aprendizaje no es un sujeto pasivo, sino que participa activamente en el proceso y tiene expectativas de formación.

En un contexto de aprendizaje interpersonal el ser humano es capaz de prever los resultados novedosos de las acciones (de manera acertada o equivocada) y por lo tanto no depende totalmente del condicionamiento, que se basa en la repetición. Es decir, somos capaces de transformar experiencias en actos originales en previsión de una situación futura que nunca antes se había producido.

A manera de síntesis, la teoría social cognitiva o teoría social del aprendizaje en Bandura hace referencia de la conducta humana como la explicación de la interacción recíproca entre determinantes cognoscitivos o personales, conductuales y ambientales²³. Los procesos cognitivos son los primeros mediadores del comportamiento, las personas son capaces de incorporar en

²² Ibid., p 34.

²³ Ibid., p 44.

sus futuras actuaciones las consecuencias de las actuaciones previas y en el tratamiento de la información, el individuo se sirve de la atención y la concentración, la memoria y la capacidad para utilizar símbolos y las habilidades para resolver problemas y por último comprender los procesos implicados en la construcción de la realidad por parte del individuo permite describir su comportamiento, predecirlo y establecer los mecanismos de su transformación, en esta línea de ideas conocer los conocimientos y las prácticas de las madres lactantes son base fundamental para elaborar las estrategias de mercadeo social tendientes a lograr mayor adherencia de las madres a la lactancia materna o en otras palabras, propender por la sostenibilidad de la lactancia, sobre todo en los 6 primeros meses y más allá hasta los 24 meses de vida.

Por ultimo transteorico propuesto Prochaska²⁴ complementa los lineamientos teóricos elaborados desde la teoría social cognitiva o teoría del aprendizaje social de Bandura porque estos lineamientos teóricos tienen un común denominador basado en la conducta, el modelo hace énfasis en el cambio sobre la conducta intencional de los individuos, planteando un modelo tridimensional el cual integra tres construcciones principales: etapas del cambio, procesos del cambio y niveles del cambio (ver cuadro 1), las cuales se describen a continuación:

- **Etapas del cambio:** en esta etapa el modelo plantea 5 elementos para modificar la conducta de un individuo y en la medida en que avanzan en cada uno de los elementos alcanza cambios de comportamientos y ellos son:
 - **Pre contemplación:** en este elemento, el individuo no quiere cambiar una conducta problemática o no reconoce que existe un problema en relación al caso que nos ocupa, lactancia, la madre desconoce que su comportamiento lactante no es problema.
 - **Contemplación:** periodo en el que el individuo considera cambiar su comportamiento y evalúa ventajas y desventajas de la conducta frente a la nueva conducta, hay un cierto momento de resistencia.
 - **Preparación:** en este elemento los individuos determinan que las consecuencias adversas de mantener con una conducta problemática pesan más que los beneficios. Está motivado y se compromete a cambiar.

²⁴ PROCHASKA, James. The transtheoretical model of health behavior change [en línea]. En: American Journal of Health. Sep-Oct 1997. Vol. 12. No 1. p. 40. [Consultado 29 de octubre, 2016]. Disponible en internet: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10170434>

- **Acción o actuación:** Ocurre cuando el individuo cambia o modifica sus conductas (adquiere un comportamiento nuevo)

- **Mantenimiento:** Sucede de 3 o 6 meses después que se ha implementado la nueva conducta, y consiste en modificar el estilo de vida de modo que el nuevo comportamiento se establezca e impida que el individuo vuelva a retomar su antigua conducta.

- **Procesos del cambio:** Hace referencia a cómo cambian las personas, son las herramientas utilizadas por cada individuo en su propósito de solucionar un problema. Los procesos del cambio pueden verse en 10 formas a saber.
 - **Concientización:** actividades que procuran incrementar el grado de información que trae un estímulo a la persona para obtener mejores respuestas

 - **Autoevaluación:** es la reflexión sobre la necesidad de cambiar o no las cosas, la persona puede presentar un conflicto con su sistema de valores y los posibles beneficios y desventajas

 - **Auto reevaluación social:** el individuo considera que, si el cambio sucede, su entorno sería más saludable

 - **Auto liberación:** la persona toma la decisión de cambiar la conducta problemática

 - **Liberación social:** actividades que ayuden a que el individuo tenga más alternativas para elegir; al modificar el entorno de la persona también se puede ayudar a que otros cambien

 - **Relieve dramático:** cuando se experimentan y expresan emociones producidas por las consecuencias negativas que conlleva la conducta problema

 - **Contra condicionamiento:** proceso conductual que consiste en la modificación de una respuesta (ya sea motora, fisiológica o cognitiva) provocada por estímulos condicionados a una conducta específica.

 - **Control de estímulo:** es una reestructuración del ambiente con el objetivo de reducir la probabilidad de que el estímulo se presente.

- **Manejo de lo eventual:** utilizar actividades para cambiar las consecuencias que siguen al comportamiento problemático mediante un sistema de refuerzos y castigos

- **Relaciones de ayuda:** apoyo social que pueden proveer los familiares, amigos, etc.

- **Niveles del cambio.** Constituyen la dimensión objeto del cambio lo de lo que debe ser cambiado y se representa por varios niveles interrelacionados que engloba los problemas psicológicos susceptibles de tratamiento, a saber:
 - Síntoma/Situación

 - Cogniciones des adaptativas

 - Conflictos actuales interpersonales

 - Conflictos familiares/sistemas

 - Conflictos intrapersonales

En conclusión, el modelo transteorico de Prochaska, permite aportar a una intervención adecuada al proceso del cambio de conductas. Por consiguiente, si se produce un progresivo cambio en las mujeres lactantes abordando primero los aspectos más superficiales de la lactancia, se ira solucionando progresivamente aspectos más profundos relacionados con la duración y tiempo de permanencia en la misma.

Cuadro 1. Modelo Transteorico de Prochaska

Etapas del cambio	Procesos del cambio	Niveles del cambio
1. Pre contemplación	1) Concientización	1. Síntoma/ situación
2. Contemplación	2) Autoevaluación	2. Cogniciones desadaptativas
3. Preparación	3) Auto reevaluación	3. Conflictos actuales
4. Acción o actuación	4) Auto liberación	4. Conflictos familiares
5. Mantenimiento	5) Liberación social	5. Conflictos interpersonales
	6) Relieve dramático	
	7) Contra condicionamiento	
	8) Control de estímulo	
	9) Manejo de lo eventual	
	10) Relaciones d ayuda	

Fuente: PROCHASKA, James. The transtheoretical model of health behavior chance [en línea]. En: American Journal of Health. Sep-Oct 1997. Vol. 12. No 1. p. 39. [Consultado 29 de octubre, 2016]. Disponible en internet: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10170434>

5.2 MARCO CONCEPTUAL

La salud es un bien social y un derecho de todos los seres humanos y por lo tanto, una responsabilidad individual y colectiva de todas las personas, organismos, instituciones, conocimientos e instrumentos creados por la sociedad en su conjunto para asumirla. Bajo esta premisa, el mercadeo como disciplina es una herramienta que contribuye al logro de la realización de la salud con enfoque de derechos humanos.

Dado el concepto de economía de libre mercado por la implementación del modelo neoliberal desde la década de 1970, se han desarrollado una serie de reformas a los sistema de salud en América Latina, bajo el concepto de economía de mercado de productividad y competitividad, paradigma contemplado bajo la economía de libre mercado y con ineficiencia en mecanismos de regulación.

En tal sentido, en Colombia a partir de la reforma constitucional de 1991 se crea la ley 100 de 1993 que reforma todo el sistema de seguridad social, ello desato el mercado de la libre competencia de servicios de salud y pensiones en el país con la creación de las entidades promotoras de salud y una red de prestadores de servicios y profesionales de la salud y servicios conexos (servicios de aseo, cooperativas de trabajo asociado, lavandería, etc.).

En este contexto de mercantilización de la salud, en donde como en todo mercado aparecen oferentes y demandantes, surge el mercadeo como estrategia para ofertar servicios de salud en las áreas de promoción de la salud y curación de la enfermedad (consulta, hospitalización). En otras palabras el modelo de aseguramiento en el que está basado la salud en Colombia ha contribuido a que las empresas prestadoras de salud obtengan utilidades a través del fomento de la aplicación del mercadeo en el campo de la salud, así el mercado de la salud aplica una estrategia de venta de productos a los servicios de salud.

Estos planteamientos fundamentan el enfoque conceptual del estudio, mercadeo bajo una dimensión social como herramienta que contribuye a lograr mejor nivel de salud de la población en la medida en que optimiza recursos y mejora la calidad de prestación de servicios de salud y el paciente obtenga satisfacción en la prestación de los mismos. Igualmente fundamenta lo anterior al tomar definición dada por los diferentes teóricos del mercadeo como disciplina. Al respecto Kotler expresa que “la administración o dirección de mercado es el análisis, planificación, ejecución y control de programas destinados a producir intercambios convenientes con determinado público a fin de obtener ganancias personales o comunes”²⁵.

De acuerdo al planteamiento anterior, el mercadeo es una estrategia que no solo se aplica para obtener ganancias económicas por el incremento de ventas sino como estrategia que en cierta medida evita que la gente se enferme por la intervención en acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

En el mismo sentido Kotler y Roberto²⁶ expresan que el mercadeo es el análisis, planeación, implementación y control de programas formulados y diseñados para dar origen a intercambios voluntarios entre ofertas de la organización y necesidades y deseos del mercado objetivo en lugar de gustos personales de la organización. Bajo estos planteamientos se asume el mercadeo con perspectiva social cuando crea nuevos productos, servicios, ideas, persuade opinión ciudadana y contribuye a mejorar niveles de satisfacción de población.

De acuerdo a lo planteado, el mercadeo social surge de la necesidad de elaborar planes, proyectos, programas de alto impacto para promover el bienestar de la población mediante la implementación de medidas de intervención que contribuyen a que la gente se enferme menos y acudan

²⁵ KOTLER, Philip. Fundamentos de Marketing. México: Pearson. 2002. p. 45

²⁶ KOTLER, Philip y ROBERTO, Eduardo. Mercadotecnia social. México: Diana, 1993. p. 82

tempranamente a los servicios de salud. Para ello se analizan características socioculturales, demográficas, geográficas y económicas del contexto en que viven las personas. En última instancia, se busca una producción de salud como un bien ligado a la vida misma y por lo tanto se hace necesario conservarla, prevenirla o repararla en caso de daño.

La pérdida de salud acarrea costos directos o monetarios o costos de oportunidad como desplazamiento al servicio de salud, tiempo de espera o costos sociales. Por lo tanto, si la salud se entiende como un riesgo financiero por los costos, se hace necesario limitar o minimizar los factores de riesgo para evitar que la gente se enferme y en este sentido, si se incrementa la lactancia materna y se hace sostenible en las madres, se contribuye a evitar que el niño se enferme menos, tenga mejor nutrición y aumente su capacidad de respuesta ante los factores de riesgo existentes en el medio. Diversos estudios epidemiológicos confirman que la leche materna actúa como factor protector del individuo ante las adversidades del entorno.

El mercadeo en términos generales requiere de técnicas gerenciales por el mismo proceso dinámico para alcanzar los objetivos de la organización, por lo tanto, el mercadeo social como estrategia pretende ser una herramienta que mejore la calidad de vida de las familias, en este caso niños y madres en la medida en que coadyuve a estimular e incrementar los niveles de lactancia materna, ello implica cambios de la mujer hacia un comportamiento saludable, por consiguiente las estrategias a desarrollar para lograr dicho cambio deben tener un enfoque holístico considerando a la mujer, su familia, la comunidad y la sociedad.

El mercadeo social tiene un conjunto de definiciones, entre las cuales se menciona la propuesta de Kotler y Zaltman quienes definen el marketing social como “el diseño, implementación y control de programas que buscan incrementar de una idea o causa social en determinados grupos objetivos”²⁷ Según esta definición y en un sentido más amplio, el mercadeo pretende dar respuesta a necesidades y por consiguiente el mercadeo social está dirigido al cambio de comportamientos de individuos, grupos para lograr mejorar su bienestar o calidad de vida, para ello retoma las categorías propias del mercadeo para impactar a un segmento de mercado (madres) pretendiendo modificar conductas, comportamientos. Por consiguiente el mercadeo social elabora acciones que satisfagan las necesidades del consumidor, las cuales surgen de la vida relacional y las derivadas por la supervivencia de la especie, dichas acciones deben elaborarse desde el comportamiento de la madre lactante y las condiciones propias del contexto cultural en que vive, pero también deben considerar factores motivacionales de la organización, del

²⁷ KOTLER, Philip, ZALTMAN, Gerald. Social Marketing: an approach to planned social change. En: Journal of Marketing. Julio 1971. Vol 35. No 1. p. 9.

entorno en donde los medios de comunicación y las estrategias propias de comunicación juegan un papel importante.

El marketing social no se limita solo a la investigación y a la publicidad, además de hacer uso de los instrumentos del marketing, realiza un enfoque más integral para dar respuestas a dificultades encontradas en la realidad, como en el caso que nos ocupa, las estrategias se enfocan desde el individuo, la familia (padre-madre), comunidad (barrios, colegios, instituciones de salud) y sociedad (medios masivos de comunicación: redes sociales, páginas web, folletos).

En el mismo sentido, Armario define el marketing social como “una estrategia para el cambio de la conducta y combina los mejores elementos de los enfoques tradicionales de cambio social en un marco integrado de planeación y acción, al tiempo que utiliza avances en la tecnología de las comunicaciones y técnicas de comercialización”²⁸

Kotler y Roberto definen al marketing social “con base a estrategias de cambio social voluntario que tienen por objeto la modificación de opiniones, actitudes o comportamientos y la adhesión a una idea por parte de ciertos públicos con el objeto de mejorar la situación de la población en su conjunto o de ciertos grupos de la misma”²⁹ y entre sus funciones expresan las siguientes³⁰:

- Proporcionar información, ello implica desarrollar programas educativos, tales como las campañas de higiene, nutrición, concienciación de problemas del medio ambiente.
- Estimular acciones beneficiosas para la sociedad que induzcan al mayor número posible de personas a tomar una acción determinada durante un período de tiempo dado.
- Cambiar comportamientos negativos por cambios de comportamiento que contribuyan a un mejor bienestar del individuo, la familia y la sociedad.
- Cambiar los valores de la sociedad a través de modificar creencias o valores arraigados en la sociedad que en cierta medida afecten el buen vivir de los ciudadanos, pero respetando sus principios culturales.

²⁸ ARMARIO, Enrique Martin. Marketing. Barcelona: Ariel, 1997. P.89

²⁹ KOTLER y ROBERTO. Op. cit., P.15

³⁰ Ibid., p 19.

De acuerdo a los conceptos anteriores, el estudio toma como base los planteamientos expuestos por Kotler y Lee³¹ para la construcción de estrategias de mercadeo social, en primera instancia se hace un análisis DOFA, se define el mercado meta, se plantean objetivos y metas, en el documento aparecen dentro de una matriz de marco lógico y plan táctico de marketing, posteriormente se elabora una estrategia de mezcla de mercadeo basada en producto, precio, promoción, plaza y en el documento aparecen bajo el título de plan táctico de marketing.

Desde el enfoque de mercadeo social asociar la lactancia materna con la mezcla de mercadeo es generar un cambio voluntario de comportamiento por parte de las mujeres madres de la Ciudad de Cali relacionados con la lactancia materna.

Bajo este enfoque, el producto es la idea, creencia o el hábito que la población de mujeres madres de familia y próximas a serlo, deben aceptar, adoptar o cambiar para poder resolver el problema de la lactancia.

El precio es el costo social de adoptar el nuevo comportamiento por las mujeres en términos de hábitos modificados, cambio de creencias, ahorro en dinero. El Precio está relacionado también con los costos de la implementación de la campaña y se especifican en el presupuesto.

La plaza según Kotler y Lee³² es donde y cuando el mercado potencial llevara a cabo el comportamiento deseado y deciden adquirir o acceder a objetos tangibles relacionados con la campaña, es decir recibir los mensajes

La promoción son las estrategias desde la comunicación convincente para la audiencia, las cuales deben tener mensajes claros, un canal de comunicación y un aliado estratégico, en el documento aparecen como comunicación integrada de mercadeo.

³¹ KOTLER, Philip; LEE, Nancy; NED, Roberto. Social Marketing: Improving the quality of life. 2da Edición. New York: Sage editorial. 2002. p. 367.

³² Ibíd. p. 89.

5.3 MARCO LEGAL

Jurídicamente el estudio se orienta a luz de una normatividad creada en el país desde el año de 1992 y se enuncia a continuación.

Resolución 1801 del 25 de agosto de 1992 del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF- “Por la cual se dispone el cumplimiento de la Política para la reactivación y el apoyo a la práctica de la lactancia materna”³³.

Decreto 1397 de 1992 del Ministerio de Salud Pública “Por el cual se promueve la lactancia materna, se reglamenta la comercialización y publicidad de los alimentos de fórmula para lactantes y complementarios de la leche materna y se dictan otras disposiciones”.

Jurídicamente la Constitución Política de Colombia establece en su artículo 44: “Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado, el amor”. La misma Constitución en el artículo 43 afirma que durante el embarazo y después del parto la mujer gozará de especial asistencia y protección del Estado y recibirá subsidio alimentario si estuviere desempleada o desamparada.

El Artículo 238 del código sustantivo del trabajo establece que:

- El patrono está en la obligación de conceder a la trabajadora dos descansos, de treinta (30) minutos cada uno, dentro de la jornada, para amamantar a su hijo, sin descuento alguno en el salario por dicho concepto, durante los primeros (6) meses de edad.
- El patrono está en la obligación de conceder más descansos que los establecidos en el inciso anterior si la trabajadora presentare certificado médico en el cual se exponga las razones que justifiquen ese mayor número de descansos.

³³ Plan decenal lactancia materna 2010-2020 [en línea]. Colombia: Ministerio de protección social. 2004. 65 p. [Consultado 11 de septiembre, 2016]. Disponible en internet: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/plan-decenal-lactancia-materna.pdf>

- Para dar cumplimiento a la obligación consagrada en este artículo, los patronos deben establecer en un local contiguo a aquel en donde la mujer trabaja, una sala de lactancia o un lugar apropiado para guardar al niño.
- Los patronos pueden contratar con las instituciones de protección infantil el servicio de qué trata el inciso anterior.

La Ley 12 de 1991, en su artículo 24 determina que se debe asegurar que todos los sectores de la sociedad y en particular los padres y los niños conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental.³⁴

La Ley 1468 de 2011, modifica los artículos 236, 239, 57, 58 del Código Sustantivo del Trabajo, que amplían la licencia de maternidad de 12 a 14 semanas contemplando el parto prematuro y múltiple entre otras disposiciones.

El Decreto número 1397 de 1992 suscribe el Código Internacional de Comercialización de los Sucedáneos de la leche materna, promueve la lactancia materna, reglamenta la comercialización y publicidad de los alimentos de fórmula para lactantes y complementarios de la leche materna.

El documento CONPES 109 de 2007 sobre Política Pública Nacional de Primera Infancia, en su Línea Estratégica plantea mejorar la supervivencia y la salud de los niños y niñas de 0 a 6 años y de las madres gestantes y en periodo de lactancia; establece coordinar intersectorial e interinstitucionalmente la implementación de estrategias dirigidas a promover la salud y estilos de vida saludables para la primera infancia y al mantenimiento y mejoramiento de las condiciones de salud y del entorno (escuela, instituciones, parques, vecindario) en que se desarrollan los niños y niñas de 0 a 6 años.

El documento CONPES 113 del 2007 relacionado con la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, en su Línea de Política: Promoción y protección de la salud y la nutrición, y fomento de estilos de vida Saludable, establece que se adelantarán acciones de promoción, protección y apoyo a la práctica de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses de vida y con alimentación complementaria adecuada hasta los 2 años de edad, así como la protección y fomento de estilos de vida saludables.

³⁴ Lineamientos técnicos para la implementación de las salas amigas de la familia lactante en el entorno laboral. Bogotá D.F: MINSALUD. 2012. p. 30.

La Resolución número 002646 de 2008, Ministerio de la Protección Social por la cual se establecen disposiciones y se definen responsabilidades para la identificación, evaluación, prevención, intervención y monitoreo permanente de la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo y para la determinación en el origen de las patologías causadas por el estrés ocupacional.

El Plan Decenal de Lactancia Materna 2010-2020 expresa en el Objetivo General dos, lograr Transformaciones sociales a favor de la lactancia materna, la necesidad de Desarrollar mecanismos de transformación, apropiación, movilización y responsabilidad social de la comunidad colombiana desde sus diferentes roles a favor de la lactancia materna, plantea como visión que “La protección, la promoción y el apoyo de la lactancia es una prioridad de desarrollo de cualquier país. Su logro o no tiene implicaciones de órdenes sociales, económicos y ambientales de gran magnitud y en plazos de tiempo distintos. La alimentación inadecuada de los menores de dos años de edad establece unas condiciones de riesgo y vulnerabilidad incrementada que no sólo los afecta como sujetos, sino a la sociedad en su conjunto, por cuanto se incrementan desigualdades, impacta negativamente en el desarrollo de capacidades de generaciones y genera gastos mayores en disposición de servicios en materia de salud, trabajo, alimentación y dependencia”³⁵.

La estrategia presidencial de cero a siempre tiene dentro de sus objetivos: garantizar el cumplimiento de los derechos de las niñas y los niños en primera infancia, sensibilizar y movilizar a toda la sociedad colombiana con el propósito de transformar las concepciones y formas de relación con los niños y las niñas más pequeños.

Jurídicamente la implementación de estrategias de mercadeo social requieren de la ley 1581 de 2012 de protección de datos personales³⁶ que en su artículo uno expresa (...) Desarrollar el derecho constitucional que tienen todas las personas a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre ellas en bases de datos o archivos, y los demás derechos, libertades y garantías constitucionales a que se refiere el artículo 15 de la Constitución Política; así como el derecho a la información consagrado en el artículo 20 de la misma” y en el Artículo dos plantea el tratamiento de datos en el ámbito personal o doméstico.

³⁵ Plan decenal de lactancia materna 2010-2020. Op cit. p. 34.

³⁶ COLOMBIA. CONGRESO DE COLOMBIA. Ley estatutaria No.1581 del 2012. Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales. Bogotá: Congreso de Colombia. 2012. p. 10.

5.4 MARCO CONTEXTUAL

Realizar un contexto de la lactancia materna conlleva a realizar un contexto social y económico de las familias.

Desde lo económico, persiste la desigualdad y la pobreza, para el año 2015, el coeficiente de Gini³⁷ fue de 52 y el índice de pobreza multidimensional calculado con base a las siguientes variables: condiciones educativas hogar, condiciones niñez y juventud, trabajo, salud, servicios públicos domiciliarios y condiciones de vivienda fue de 20.2%³⁸ para el mismo año.

Los avances sociales en las personas están relacionados con el aumento de la esperanza de vida, para el año 2015 fue del 73.95 para hombres del 70.95 y para las mujeres del 77.10³⁹, disminuyó la mortalidad infantil, para el año 2010 la tasa de mortalidad infantil fue del 12.8 y para el año 2015 fue del 10.5⁴⁰. Mejoraron también otros indicadores sociales como la alfabetización y cobertura de servicios públicos, para el año 2015 la tasa de alfabetización fue del 5.8% y la cobertura de servicios públicos para el mismo año fue del 95%.⁴¹

Demográficamente, Colombia afronta un proceso de transición demográfica, creciendo a una tasa por debajo del 2% fenómeno relacionado con el uso de métodos anticonceptivos, los avances educativos y las aspiraciones de las mujeres y nuevas expectativas en sus vidas. La pirámide poblacional se reduce en su base y se ensancha en población mayor de 40 años.

Según la Encuesta Nacional de la situación nutricional en Colombia ENSIN 2010, el 13.4% de los niños menores de 5 años tienen desnutrición crónica, siendo más prevalente en niños de 1 o 2 años con lactancia materna exclusiva de corta duración. Según la encuesta nacional de la situación nutricional en Colombia⁴², el promedio de duración de la lactancia materna en total para el año 2010 fue de 14.9 meses, lejos de la recomendación internacional de 24 meses, así mismo la lactancia materna exclusiva fue de 1.8 meses en comparación con las directrices de la OMS de seis meses⁴³.

³⁷ Pobreza monetaria y multidimensional en Colombia 2015 - Boletín técnico. Bogotá: DANE, 2016. p. 32.

³⁸ *Ibíd.*, pág. 45

³⁹ Proyecciones anuales de población por sexo y edad 1995-2015 - Estudios censales Nro. 4. Bogotá: DANE. 2015. p. 15.

⁴⁰ Análisis de situación de salud (ASIS) en Colombia. Bogotá D.F: Minsalud. 2015. p. 90.

⁴¹ Informes de actualidad de los servicios públicos domiciliarios de acueducto y alcantarillado. Bogotá: SUPERSERVICIOS. 2015. p. 78.

⁴² Encuesta nacional de la situación nutricional 2010. Bogotá: MINSALUD. 2010. p. 15.

⁴³ *Ibíd.*, p 25.

La región del país que más se aproximó a la recomendación internacional de lactancia materna exclusiva es la Amazonía y Orinoquia con una mediana de 2.9 meses. En las subregiones en las que se encuentran tres de las cuatro grandes ciudades (Cali, Medellín y Barranquilla) se presentó lactancia materna exclusiva menor de un mes de duración y por región la menor fue la Atlántica con una mediana de 0.6 meses.

En tal sentido, el Ministerio de Salud indica que de cada 100 niños que nacen en Colombia, tan solo 56 inician la lactancia materna en la primera hora de vida, práctica que puede ser mejorada si se tiene en cuenta que el parto institucional es del 95%.

De acuerdo a lo anterior, el Ministerio de Salud plantea que para aumentar índices de duración de lactancia materna se deben desarrollar actividades encaminadas al desarrollo sostenible de las familias Colombianas y contempladas dentro del Plan Decenal de Lactancia Materna 2010-2020, en la misma línea de ideas, se tiene la elaboración de un estudio en 16 ciudades del país para el monitoreo al código internacional de productos sustitutos en instituciones de salud y establecimientos comerciales en cuanto a publicidad y etiquetado de los productos, la implementación de 14 bancos de leche humana en los siguientes hospitales General de Medellín, Hospital Departamental del Valle, Adela de Char en Barranquilla, Departamental de Nariño, Civil de Ipiales, Kennedy de Bogotá, Fernando Troconis de Santa Marta, Rosario Pumarejo de Valledupar, Erasmo Meoz de Cúcuta, Hernando Moncaleano de Neiva, de Fusagasugá, Rafael Calvo de Cartagena, Federico Lleras de Ibagué y de Caldas, el fortalecimiento de las habilidades y competencias para la implementación efectiva de la consejería en lactancia materna mediante talleres participativos en los 32 departamentos.

La situación actual de Colombia, según la Encuesta Nacional de la situación nutricional en Colombia ENSIN 2010, la práctica de la lactancia materna está alejada de las recomendaciones internacionales, presenta una situación desfavorable desencadenando una privación de beneficios de la primera infancia porque los niños de 6 a 59 meses tienen deficiencia de hierro y presentan anemia del 27.5%, déficit de vitamina del 24.3%, y dos de cada cinco niños presentan deficiencias de zinc y vitamina B12⁴⁴.

Por otro lado el país ha presentado un mejoramiento en la educación, la tasa de cobertura de educación primaria del 2012 -2013 fue del 90%, la educación secundaria del 71%, educación media del 41% y la educación superior del 45.5%⁴⁵.

⁴⁴ Ibíd., Op cit., p 45.

⁴⁵ Seguimiento plan sectorial 2015. Bogotá: MINEDUCACION. 2015. p. 60.

Las mujeres en las últimas décadas han tenido grandes transformaciones, mayor ingreso a la educación y mayor participación en el mercado laboral, factores asociados a un cambio de identidad femenina donde la mujer deja de percibirse como ama de casa para ajustarse a un nuevo proyecto de vida profesional, económico y político, estos considerandos están relacionados con elementos desde el punto de vista sociocultural, en donde existen en la sociedad una serie de estereotipos en relación a la belleza femenina y en esa creación de simbologías, los medios masivos de comunicación juegan un papel fundamental y hacen referencia a la baja importancia de la lactancia materna por parte de la mujer.

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud⁴⁶ clasifica las familias como unipersonales, familia nuclear completa e incompleta, pareja sin hijos, familia extensa completa e incompleta, familia con jefes de hogar y otros parientes y familia compuesta. Dentro de la encuesta el 10% son hogares unipersonales el 12% hogares incompletos, este comportamiento de la tipología familiar directa o indirectamente está relacionado con la lactancia materna por los apoyos familiares que se puedan tener para su duración.

Cali es una ciudad de 2.394.925 habitantes proyectados al año 2016 del total 1.250.077 son mujeres que corresponden al 52.1% del total y 144.848 son hombres correspondientes al 47.9%. Si se toma que la edad fértil de una mujer está entre los 15 y 49 años de edad, es decir, periodo de tiempo de una mujer de quedar en embarazo, en Santiago de Cali para el año 2016 en población proyectada del censo del 2005 existen 655.249 mujeres (ver tabla 6).

De acuerdo a los datos del presente estudio obtenidos por encuesta, los estratos medio y estrato medio alto de la ciudad son significativos para la segmentación de la población de mujeres objeto de las estrategias de mercadeo social. En consecuencia, el total de mujeres en edades comprendidas entre los 15 y 39 años es de 572.869, de ese total se calcula el peso porcentual de las mujeres por estratos medio y medio alto para un total de 26.352 mujeres.

⁴⁶ Encuesta nacional de demografía y salud: Colombia 2015. Op cit., p 90.

Tabla 1 Población de mujeres Santiago de Cali por grupos de edad fértil 2016.

GRUPOS DE EDAD FERTIL MUJERES	No.
15 -19	97.758
20- 24	101.500
25 – 29	100.250
34 - 34	99.545
35 - 39	91.927
40 - 44	81.889
45 – 49	82.380
TOTAL	655.249

Fuente: DANE: Estadísticas vitales

6 METODOLOGÍA

6.1 TIPO DE ESTUDIO

Se desarrolló un estudio descriptivo transversal sobre conocimientos y prácticas de la lactancia materna en mujeres en consulta externa ubicadas en salas de espera de consultorios de diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud (Saludcoop, SOS, Cafesalud, Sura, Colsanitas) y en el Centro de Salud de Siloe, perteneciente a la ESE de ladera de la ciudad de Santiago de Cali. El estudio se realizó entre los meses de febrero y abril 2016.

6.2 POBLACION Y MUESTRA

El universo lo constituyeron 120 mujeres que lactan al momento de la encuesta o vivieron la experiencia de lactar. Se asumió como población infinita en la medida en que ingresan madres lactantes o viviendo la experiencia de amamantamiento.

El cálculo del tamaño de la muestra se realizó bajo la siguiente formula:

$$n=pqz^2/e^2$$

Donde n=tamaño de muestra

p= probabilidad de encontrar el fenómeno= 50%

q= 50%

z= nivel d confianza= 95%= 1.96

e= margen de error= 9%

Reemplazando

$$n=(0.50)(.50)(3.84)/0.081$$

$$n=120 \text{ aprox.}$$

La selección de la muestra se realizó mediante un muestreo por conveniencia teniendo en cuenta la participación voluntaria de la madre en el estudio previo consentimiento informado y que cumpliera los siguientes requisitos de inclusión y exclusión:

➤ **Criterios de inclusión:**

- Las madres con disposición para participar en el estudio
- Que estuvieran lactando en el momento de la encuesta
- Madres que dejaron de lactar en un periodo no mayor a 36 meses

➤ **Criterios de exclusión:**

- Madres que voluntariamente no quisieran participar en el estudio
- Madres que dejaron de lactar en un periodo mayor que 36 meses.

6.3 TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS

Los datos primarios se recolectaron mediante encuesta a la muestra seleccionada. Se diseñó el instrumento y se realizó prueba piloto en una población de 10 madres con características similares a la población objeto de estudio. En la prueba piloto se observó lenguaje, orden de las preguntas, tiempo, aceptación y disponibilidad por parte de las mujeres.

Con base a la prueba piloto se realizaron los ajustes correspondientes al instrumento definitivo quedando conformado por 4 grandes componentes. (Ver anexo encuesta):

En el primer componente se miden las variables sociodemográficas y económicas; del segundo componente hacen parte las variable de conocimientos de la lactancia materna, al tercer componente pertenecen las variables de prácticas de la lactancia materna y el último componente está conformado por las variables fuentes y medios de comunicación.

Los datos se recolectaron desde el 1 de febrero del 2016 hasta el 15 de abril del mismo año, en horarios de 10 de la mañana a 5 de la tarde los días lunes, martes, miércoles, viernes y sábado.

La información secundaria se recolectó a través de las siguientes fuentes: Ministerio de salud Colombia, Secretaría de salud municipal de Cali, Organización mundial de la Salud, Unicef, Profamilia.

6.4 TÉCNICAS DE ANALISIS DE DATOS

Los datos recolectados se clasificaron, organizaron y analizaron con base a las siguientes variables:

- **Características sociodemográficas y económicas de las mujeres:** edad, estado civil, ocupación, dependencia económica, ingreso del hogar, nivel educativo, paridad, a qué edad dio a luz, cuantos meses tiene el bebé.
- **Conocimientos sobre lactancia materna**
- **Práctica de la lactancia materna,**
- **Medios y fuentes de comunicación utilizados por las mujeres.**
- **Acciones para promover la lactancia materna en la ciudad por parte de las organizaciones públicas y privadas**
- **Costo de las estrategias**

Para la organización y análisis de los datos las variables se asumieron como nominales, ordinales y de intervalo (ver cuadro 2). Se hizo uso de la estadística descriptiva y se aplicaron porcentajes, distribución de frecuencias y medidas de tendencia central.

Para el análisis de los datos se aplicaron los siguientes indicadores:

- **Inicio temprano de lactancia materna:** Proporción de niños nacidos durante los últimos 24 meses que fueron amamantados dentro del plazo de una hora de su nacimiento.

- **Tasa de lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses:** Proporción de lactantes de 0 a 6 meses de edad alimentados exclusivamente con leche materna.
- **Tasa de lactancia materna continúa al año de vida:** Proporción de niños de 12 a 15 meses de edad que son amamantados.
- **Tasa de duración de lactancia materna:** proporción de lactantes menores de 24 alimentados con leche materna no exclusiva.

Se realizaron los siguientes cruces de variables:

- Edad con nivel económico
- Edad con desmejoramiento cuerpo de la mujer
- Edad con información lactancia materna

Cuadro 2. Medición de las variables del estudio

CUADRO - VARIABLE DE LA ENCUESTA					DIMENSION DE LA VARIABLE				
OBJETIVO	NOMBRE DE LA VARIABLE	CLASE DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	DEFINICION DE LA VARIABLE	DIMENSION	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES	PREGUNTAS	TEORIA DE SOPORTE
Analizar características sociodemográficas y económicas de las madres	características sociodemográficas y económicas	cuantitativa	nominal, ordinal y de intervalo	hace referencia a las características de las madres objeto de estudio en relación a: edad, estado civil, ocupación, nivel educativo, paridad y dependencia económica de la madre	aspectos sociodemográficos	características demográficas de las madres población de estudio	edad en años cumplidos, estado civil, nivel educativo, paridad, Tiempo cronológico del lactante, edad en años que la madre tuvo durante el parto.	¿Edad? Período en años de la madre, ¿estado civil? Clase o condición a la que está sujeta la vida de la mujer, ¿nivel educativo? Conjunto de cursos realizados por las madres en establecimientos educativos. Edad del lactante, edad de la madre durante el parto, número de hijos que tiene actualmente.	teoría del aprendizaje social
					aspectos económicos	características económicas de las madres población objeto de estudio	ocupación, ingresos del hogar	¿ocupación de la madre?, ¿ingresos del hogar?	
Analizar los conocimientos en relación a la lactancia materna	conocimiento o lactancia materna	cualitativa	nominal	búsqueda de información relacionada con lactancia materna	información lactancia	es la búsqueda de medios para obtener información relacionada con lactancia materna por parte de las mujeres objeto de estudio	información lactancia materna	¿Usted recibió información sobre lactancia materna? ¿Dónde recibió información de la LM?	teoría social cognitiva
					beneficios lactancia	es el conocimiento de las madres del papel de la lactancia materna en la supervivencia y crecimiento infantil.	beneficios de la lactancia materna	¿conoce los beneficios de la lactancia materna?	teoría social cognitiva
					inicio lactancia	es el conocimiento que las mujeres objeto de estudio tienen sobre el tiempo de inicio sobre la lactancia materna	conocimiento de iniciación y finalización de la lactancia materna	¿Según sus conocimientos cuando debe iniciarse la lactancia materna?, ¿En qué momento empezó a lactar?, Con lo que usted sabe ¿Hasta qué edad es recomendable lactar al bebé?	teoría social cognitiva

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 2. (Continuación).

analizar las practicas de la poblacion objeto de estudio en relacion a la lactancia materna	practica lactancia materna	cualitativa	nominal, ordinal y de intervalo	son las acciones realizadas por la madre en relacion a la lactancia materna de acuerdo a sus conocimientos, sus experiencias y su cultura.	lactancia materna exclusiva	cuando el lactante recibe solo leche materna hasta los 6 meses	lactancia materna exclusiva, edad amamantamiento bebe, molestias de amamantamiento, experiencia vivida lactancia materna,	¿Cubre completamente la demanda de su bebe?, ¿Hasta que edad amamanto a su bebe?, ¿Tuvo molestias al amamantar?, ¿Cómo calificaría usted la experiencia vivida en relación a la lactancia materna?, ¿Cree que la lactancia materna desmejora el cuerpo de la madre?	teoria del aprendizaje social
					lactancia materna complementaria	cuando el lactante recibe otra leche diferente a la de su madre	lactancia materna no exclusiva, uso de formula como complemento, edad de uso de formula, decisión de no lactancia materna exclusiva, otras experiencias de lactancia.	¿Usa leche de formula como complemento?, ¿A qué edad empezó a utilizar la leche de formula?, ¿Por qué decidió darle leche de formula?, ¿Si usted trabajara o estuviera fuera de casa ¿Cómo alimentaría al bebé?, ¿Si usted trabajara o estuviera fuera de casa ¿Cómo alimentaría al bebé?	teoria de redes
					cursos y controles prenatales	es la asistencia por la madre a cursos y controles prenatales	asistencia a cursos prenatales y asistencia a controles prenatales.	¿Asistió a cursos prenatales?, ¿A cuantos controles prenatales asistió?, ¿Asiste frecuentemente a actividades educativas sobre la lactancia materna?	teoria del aprendizaje social
identificar las fuentes y medios de comunicación mas usados por las madres poblacion de estudio	medios y fuentes de comunicación	cualitativa	nominal y ordinal	es el uso de diferentes medios por parte de las madres objeto de estudio para obtener informacion relacionadas con temas de salud.	busqueda de informacion salud	son los medios utilizados por las madres cuando requirio obtener informacion relacionada con la salud.	medio de obtencion de informacion	¿Cuándo usted requiere buscar información sobre temas de salud, ¿En dónde busca esta información?	modelo teorico propuesto por Prochaska
					preferencias de la informacion	es la preferencia de medios que las madres objeto de estudio tienen para recibir informacion	gusto medios lactancia materna	¿Le gustaría recibir información sobre lactancia materna a través de su red social o correo electrónico?	teoria del aprendizaje social
					utilidad de las fuentes	es la utilidad de las fuentes de informacion desde la experiencia vivida por las madres.	utilidad de las fuentes de informacion.	¿En su experiencia que tan útil es cada una de las siguientes fuentes para obtener información relacionada con salud?	teoria de red

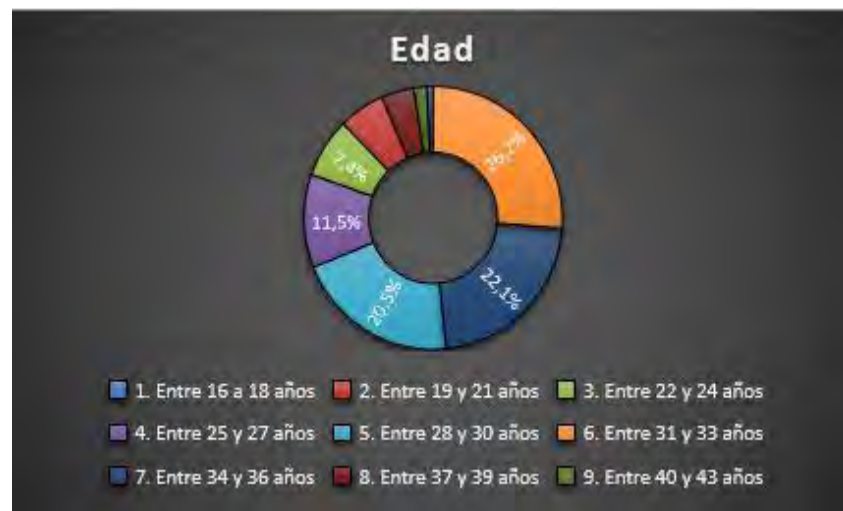
Fuente: Elaboración propia.

7 RESULTADOS

En este capítulo se presentan los resultados del estudio; los datos se obtuvieron por medio de encuesta y se presentan bajo las siguientes variables: características sociodemográficas de la población objeto de estudio, conocimientos sobre lactancia materna, prácticas de lactancia materna y fuentes y medios de comunicación usados.

7.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN

Grafica 1. Edad población de estudio



Fuente: Elaboración propia

El rango de edad de la población objeto de estudio comprende entre los 16 años hasta los 43. En la gráfica 1 se observa que el 0.8% de las mujeres se encuentra en los 16 y 18 años de edad, el 5,7% está entre los 19 y 21 años, 7,4% está entre los 22 y 24 años, el 11,5% entre los 25 y 27 años de edad, el 20,5% está entre los 28 y 30 años de edad, el 26,2% de las mujeres se encuentran entre los 31 y 33 años de edad, el 22.1% está en el rango entre los 34 y 36 años, el 4,1% está entre los rangos 37 y 39 años de edad, el 1,6% entre los 40 y 43 años de edad.

Se concluye que el 13.9% de la población encuestada tiene menos de 25 años, el 32% tiene edades entre los 25 y 30 años y el 54% tiene edades entre 31 y 43 años de edad.

Grafica 2 Estado civil de la población de estudio



Fuente: Elaboración propia

En relación a la gráfica 2, se puede ver que más del 53% de la población de estudio son mujeres casadas, el 34% viven en unión libre y el 12% son solteras y el 0,8% son viudas.

Grafica 3 Ocupación de la población de estudio



Fuente: Elaboración propia

En la gráfica 3, la ocupación de la población de estudio se observa que el 61% son mujeres que actualmente están empleadas, el 25% son amas de casa, el 10% son estudiantes y por último el 5% están desempleadas, lo que indica que

más del 61% de las mujeres encuestadas al momento de encuesta estaban trabajando.

Grafica 4. Ingresos del hogar de la población de estudio



Fuente: Elaboración propia

En relación a los ingresos de las mujeres encuestadas el 55% de la población de estudio tienen ingresos entre los 2 y 4 salarios mínimos legales vigentes, el 21% tiene ingresos hasta 1 salario mínimo legal vigente, el 21% tiene ingresos entre 5 y 6 salarios mínimos y el 2% tiene menos de un salario mínimo legal vigente (ver grafica 4).

Grafica 5. Nivel educativo de la población de estudio



Fuente: Elaboración propia

En la gráfica 5, el 57% de las mujeres encuestadas alcanzan un nivel educativo de universidad completa, el 11% con un nivel educativo tecnólogo completo, el 10% secundaria completa, el 9% universidad incompleta, 7% secundaria incompleta, 3% tecnólogo incompleto y por último el 2 % primaria completa.

Lo que indica que el porcentaje más alto de la muestra es la universidad completa con un porcentaje del 57%.

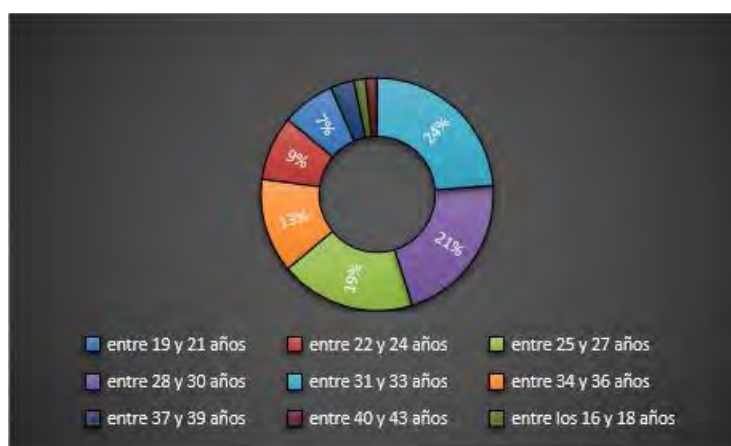
Grafica 6. Paridad en relación a la población de estudio



Fuente: Elaboración propia

En la gráfica 6 paridad el 78% tienen un hijo, el 18% tiene dos hijos y el 4% tienen más de dos hijos, de acuerdo a la información un alto porcentaje tiene un solo hijo.

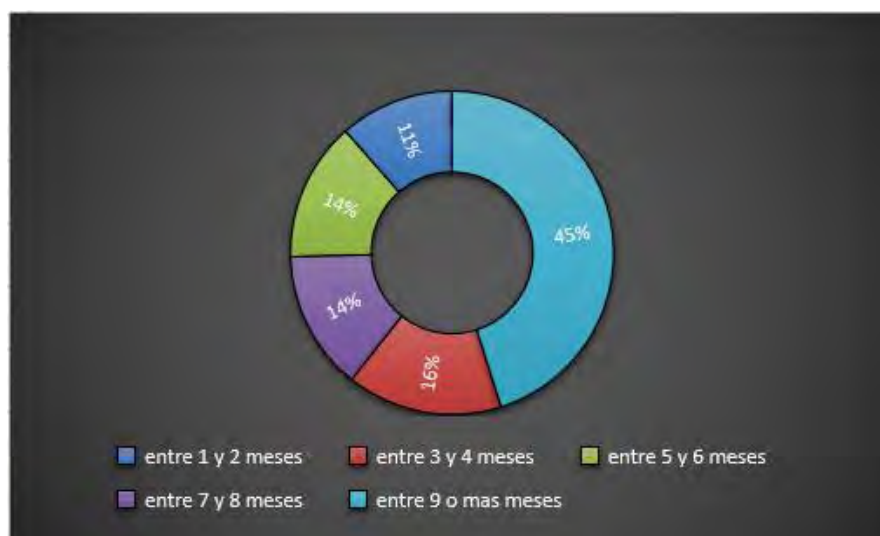
Grafica 7. Edad que dio a luz las mujeres encuestadas



Fuente: Elaboración propia

La gráfica 7, en relación al momento que dio a luz según su edad se observa que el 2% dio a luz entre los 16 y 18 años de edad, el 7% entre los 19 y 21 años, el 9% entre los 22 y 24 años, el 19% lo tuvo entre los 25 y 27 años de edad, el 21% tuvo al bebe entre los 28 y 30 años de edad, 24% de las mujeres tuvo su bebe entre los 31 y 33 años de edad, el 13% lo tuvo entre los 34 y 36 años de edad, el 3% lo tuvo entre los 37 y 39 años, el 2% tuvo al bebe entre los 40 y 43 años de edad.

Grafica 8. Numero de meses del bebe



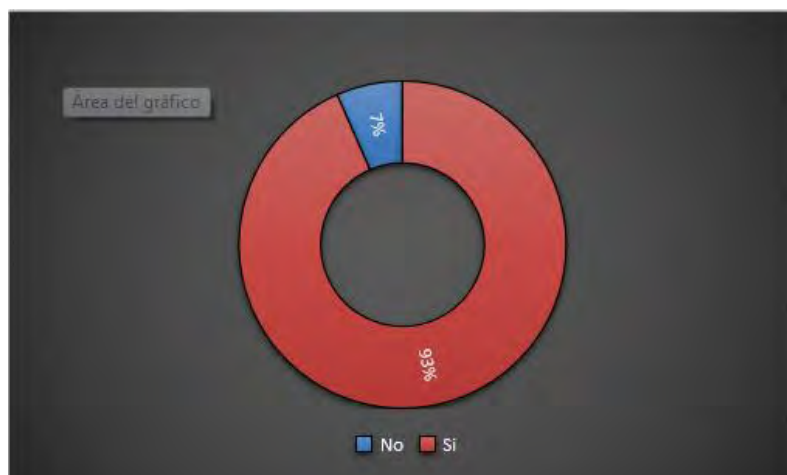
Fuente: Elaboración propia

De acuerdo con la edad del bebe al momento de la encuesta el 45% tiene entre 9 y más meses de edad, el 14% se encuentra entre los 7 y 8 meses de edad, el 14% tiene entre 5 y 6 meses de edad, el 16% tiene entre los 3 y 4 meses de edad y por último el 11% tiene entre 1 y 2 meses de edad.

7.2 CONOCIMIENTOS LACTANCIA MATERNA

En este apartado se presenta el comportamiento de la variable conocimientos de las madres relacionados con la lactancia materna.

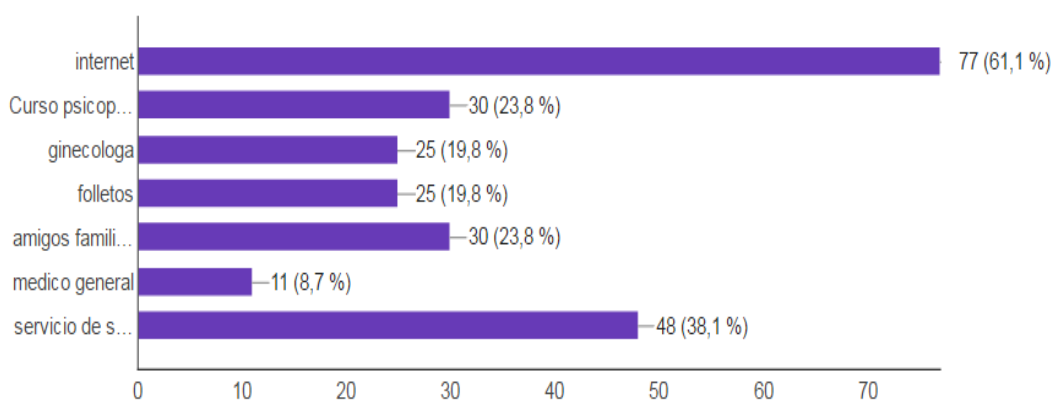
Grafica 9. Información lactancia materna



Fuente: Elaboración propia

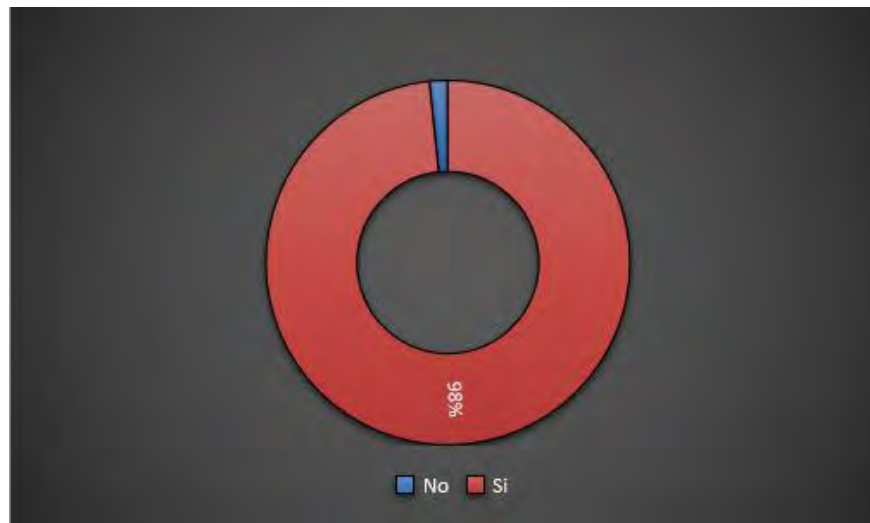
En la gráfica 9, el 93% de la población encuestada manifestó recibir información de la lactancia materna y solo el 7% no recibió información. El medio informativo más usado por las madres es internet con el 61,1 %, en el segundo lugar el servicio de salud con el 38,1% y en tercer lugar de uso es el curso psicoprofilactico con el 23,8%, posteriormente los amigos y familia con el 23,8% y el 19,8% obtuvo información de ginecóloga y el mismo porcentaje para los folletos como medio informativo (ver grafica 10).

Grafica 10. Medios de comunicación para recibir información



Fuente: Elaboración propia

Grafica 11. Beneficios de la lactancia materna



Fuente: Elaboración propia

En la gráfica 11 relacionada con los beneficios de la lactancia materna se observa que el 98% conoce los beneficios de la lactancia materna y el 2% no los conoce. Por consiguiente un alto porcentaje de las mujeres objeto de estudio conocen los beneficios de la lactancia materna para el crecimiento y desarrollo del bebé y ello es coherente con la gráfica 12 en donde el 98% manifiesta que el tiempo de inicio de la lactancia materna es inmediatamente después del parto, el 2% contestó que a las 24 horas de haber nacido debe iniciarse la lactancia materna.

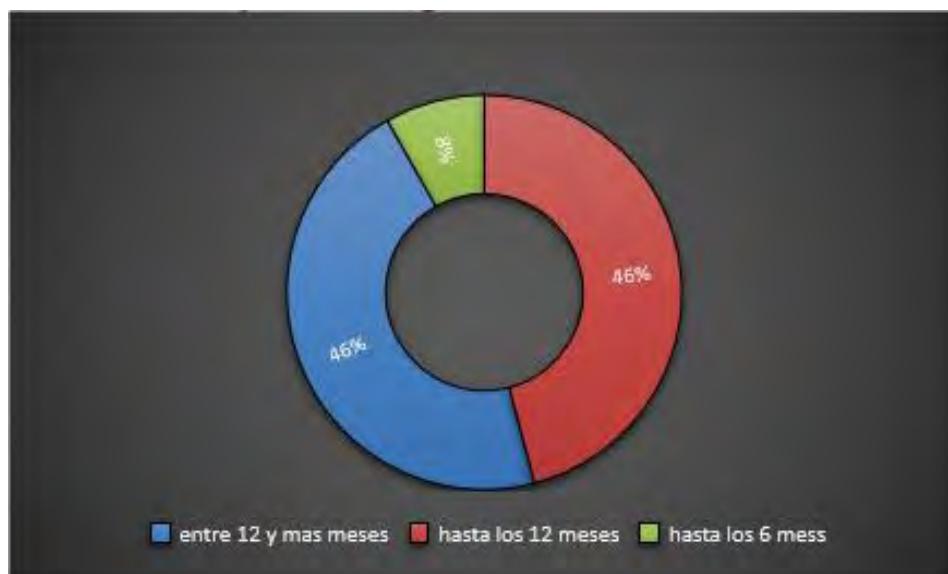
Grafica 12. Tiempo de Iniciación a lactancia materna



Fuente: Elaboración propia

En la gráfica 13 la edad recomendable para lactar al bebe es hasta los 12 meses según el 46%, el 46% manifiesta que debe lactarse entre los 12 y más meses de edad, y el 8% debe lactarse hasta los 6 meses. Según la OMS, la lactancia materna exclusiva es recomendada hasta los 6 meses y hacia adelante es lactancia materna no exclusiva hasta los dos años de edad del bebe OMS (organización mundial de la salud).

Gráfica 13. Edad recomendable lactar al bebe

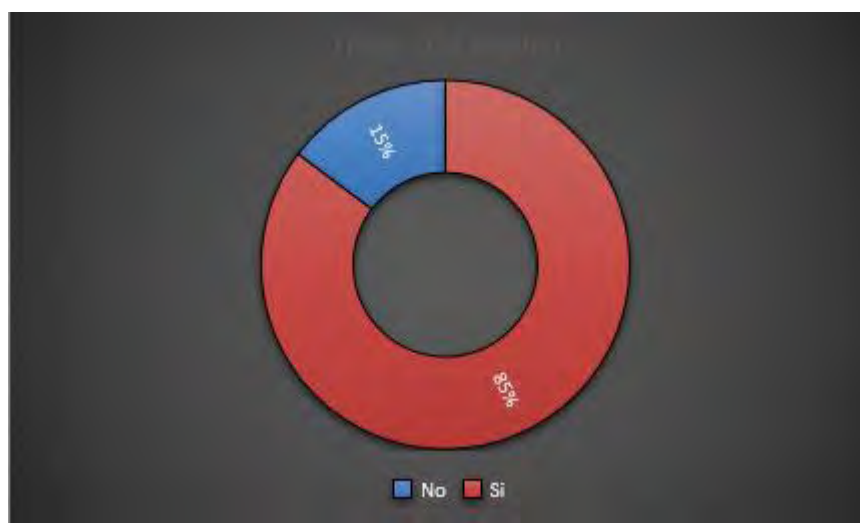


Fuente: Elaboración propia

7.3 PRÁCTICAS DE LA LACTANCIA MATERNA

En este apartado se describen las diferentes prácticas realizadas por las madres de acuerdo a sus conocimientos, experiencias y cultura.

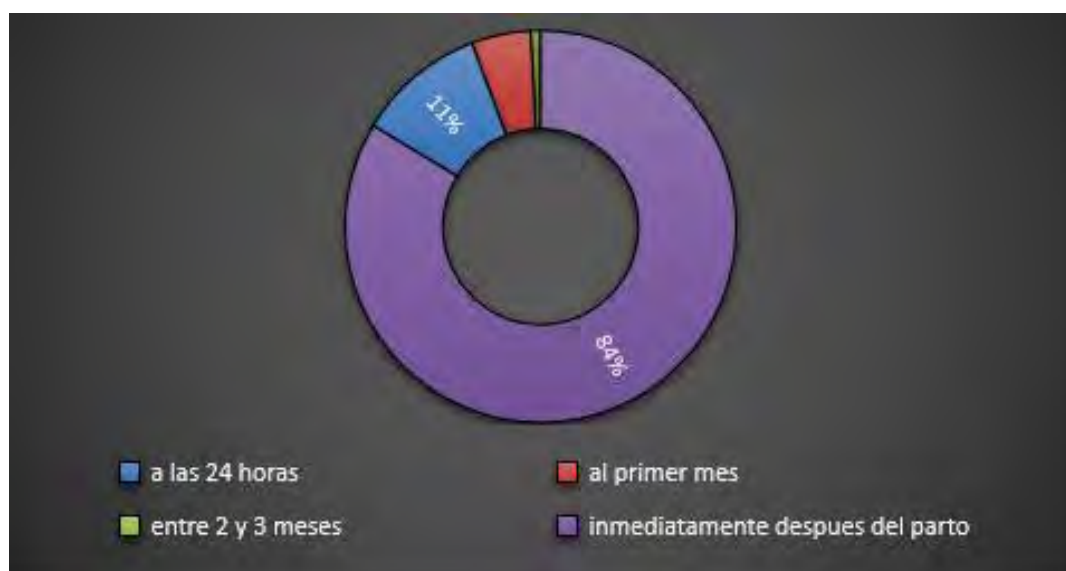
Grafica 14. Lactancia materna exclusiva



Fuente: Elaboración propia

En la gráfica 14 el 85% de las madres encuestadas tienen lactancia materna exclusiva y el 15% tienen lactancia materna no exclusiva, es decir, alimentan al bebé con leche materna.

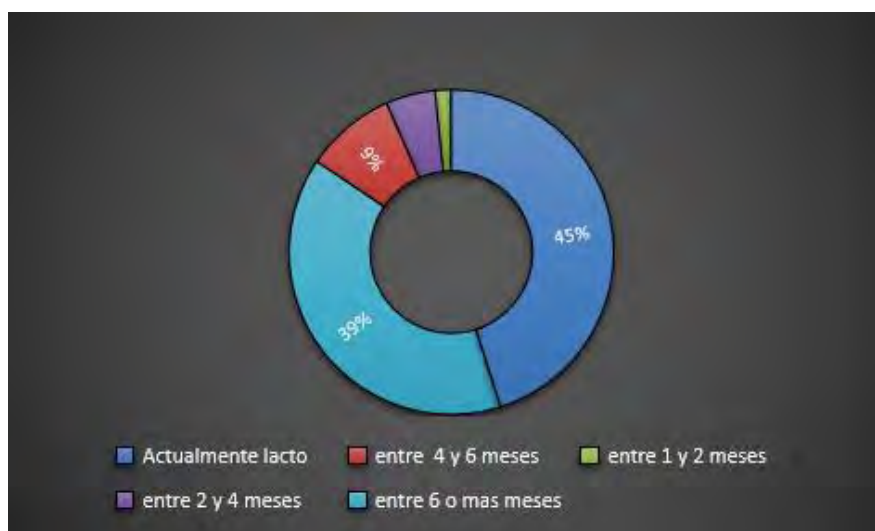
Grafica 15. Momento de inicio de lactancia



Fuente: Elaboración propia

En la gráfica 15, el 84% de las mujeres empezaron a lactar inmediatamente después del parto, el 11% lacto a las 24 horas, el 5% empezó a lactar al primer mes y por último el 1% empezó la lactancia entre el 2 y 3 meses de haber nacido el bebe.

Grafica 16. Edad de amamantar al bebe

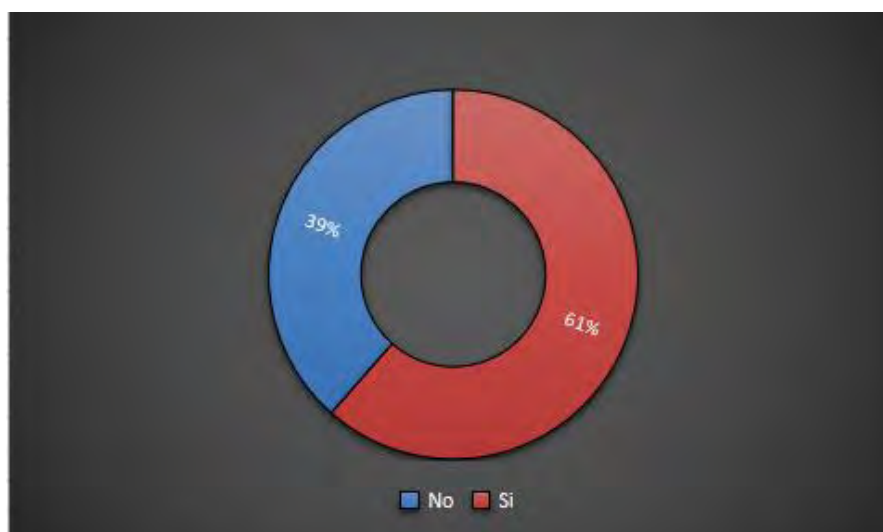


Fuente: Elaboración propia

En la gráfica 16, el 45% de la población de estudio manifestó que actualmente está lactando a su bebe, el 39% contesto que entre 6 o más meses amamantaron a su bebe, el 9% contesto que entre los 4 y 6 meses, el 5% entre los 2 y 4 meses, y el 2% entre 1 y 2 meses.

Teniendo en cuenta estos resultados se puede evidenciar que el 45% de la población de estudio aun lacta a su hijo, este comportamiento coincide con lo recomendado por la OMS en relación a la lactancia materna exclusiva que va hasta mínimo 6 meses de edad, posteriormente hasta los 2 años o más, pero con lactancia complementada con alimentos nutritivos. OMS (organización mundial de la salud).

Grafica 17. Molestias al momento de lactar



Fuente: Elaboración propia

En la gráfica 17, el 61% de las mujeres manifestó que tuvo molestias al momento de lactar a su bebe, y el 39% no tuvo molestia alguna

Grafica 18. Diferentes molestias al amamantar



Fuente: Elaboración propia

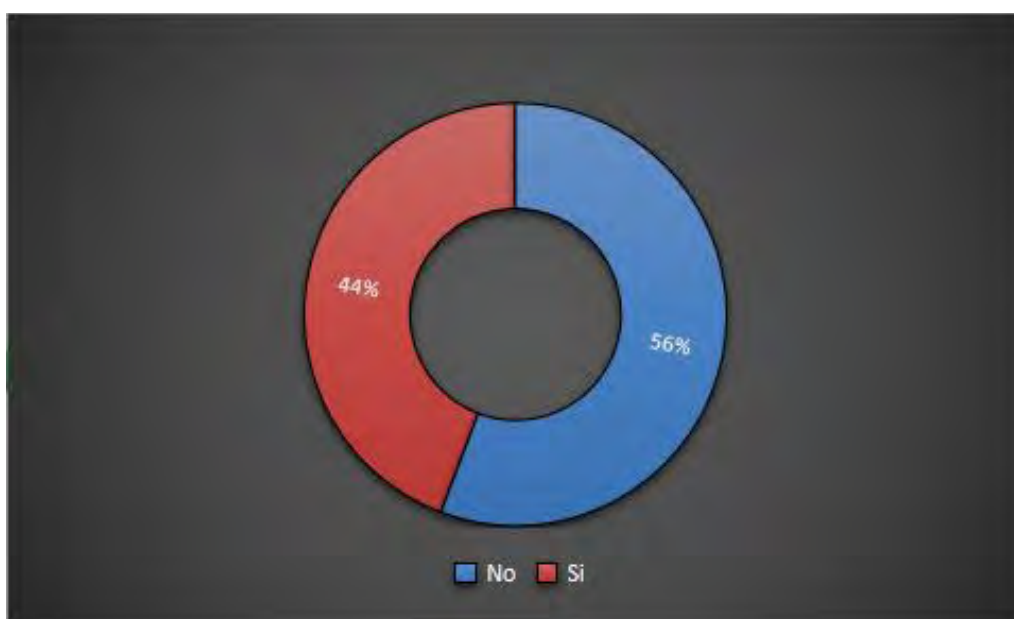
En la gráfica 18, muestra que el 22% no tuvo ninguna molestia al amamantar, el 18% tuvo sangrado, el 16% tuvo pezones agrietados, el 16% manifestó tener dolor al momento de lactar, el 15% relaciono que tuvo mastitis y el 12% mencionó que tuvo desprendimientos de pezones.

De acuerdo con las molestias relacionadas, se puede observar que el 16% tuvo sangrado al igual que tuvo dolor con 16%.

En la gráfica 19 en relación a que, si dejo de amamantar debido a las molestias causadas por la lactancia, la población de estudio manifestó con un 56% no y el 44% si dejo de lactar.

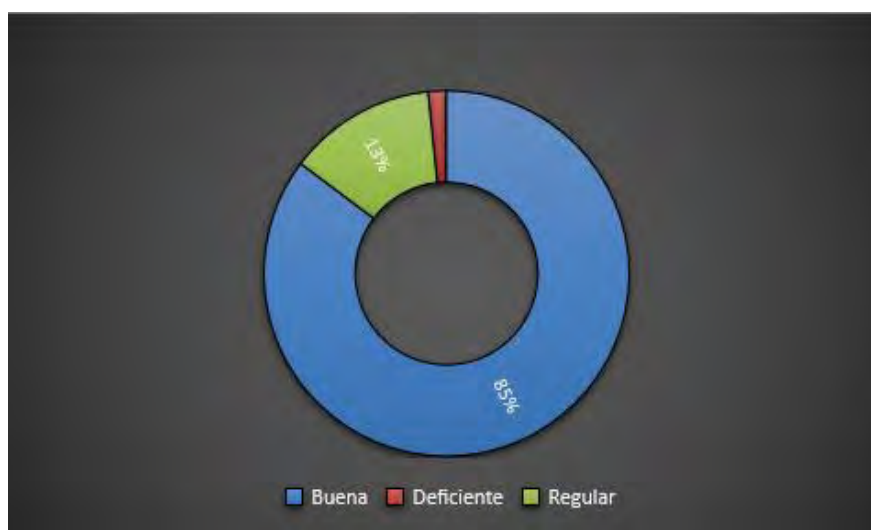
Se puede concluir que el 56% de la población no dejo de lactar debido a las molestias por la lactancia materna.

Gráfica 19. Dejo de amamantar debido a las molestias.



Fuente: Elaboración propia

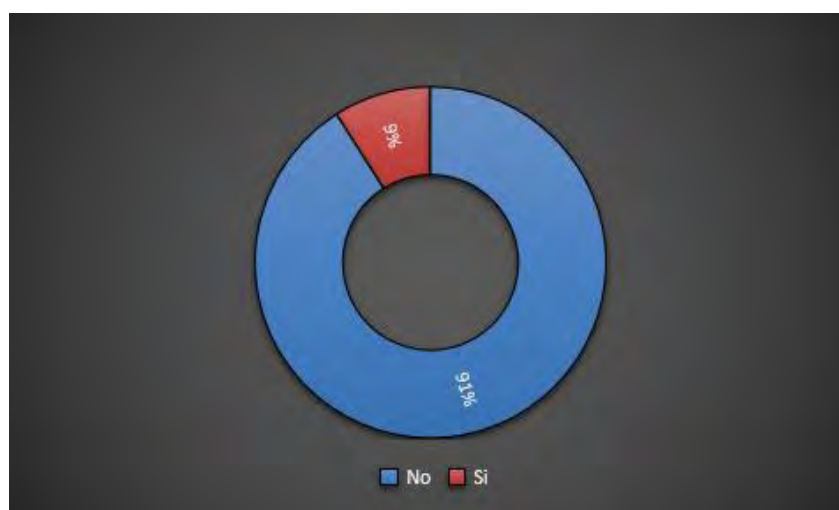
Grafica 20. Experiencia vivida en relación a la lactancia materna



Fuente: Elaboración propia

La grafica 20, muestra que el 85% de las mujeres encuestadas manifiestan que la experiencia en relación a la lactancia materna fue buena, el 13% la califica como regular y un 2% como deficiente.

Grafica 21. Desmejoramiento del cuerpo de la mujer en relación a la lactancia materna.

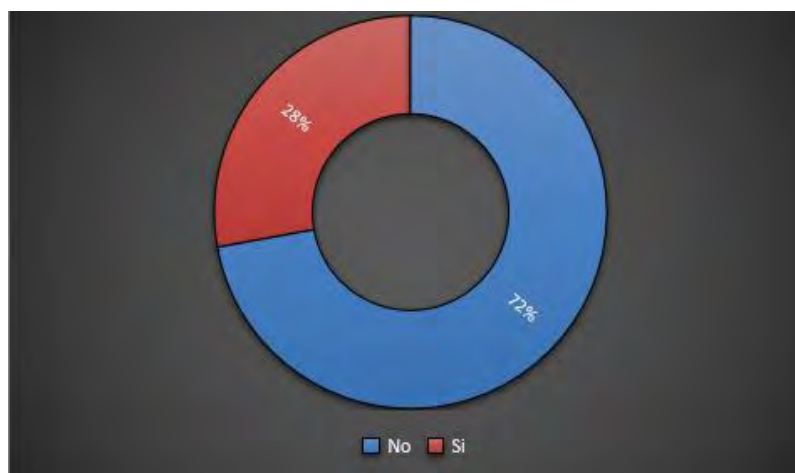


Fuente: Elaboración propia

En la gráfica 21, el 91% manifestaron que la lactancia no desmejora el cuerpo de la mujer y el 9% contestaron que si desmejora el cuerpo de la mujer. Este

9% se convierte en población objeto de intervención con un propósito de cambiar estereotipos relacionados con la lactancia materna y generar mayor aporte al crecimiento y desarrollo del bebé.

Grafica 22. Uso de leche complementaria



Fuente: Elaboración propia

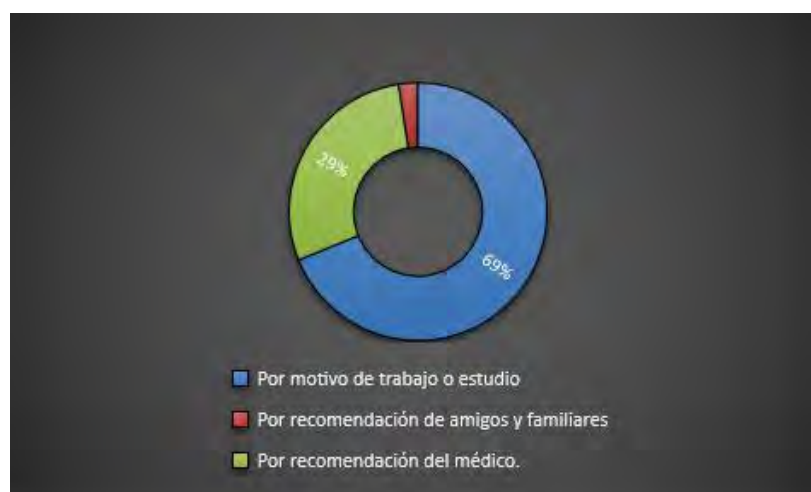
La grafica 22 muestra que el 72% de la población estudiada no usa leche de fórmula para alimentar su hijo y el 28% si la emplea. El 36% de la población de estudio manifestó que le suministro leche de formula entre los 6 o más meses de edad, el 28% expreso entre los 4 y 6 meses de edad, el 25% inicio alimentación con leche de formula entre 1 y 2 meses y el 20% entre los 2 y 4 meses de edad (ver grafica 23).

Grafica 23. Edad de inicio de la leche de formula



Fuente: Elaboración propia

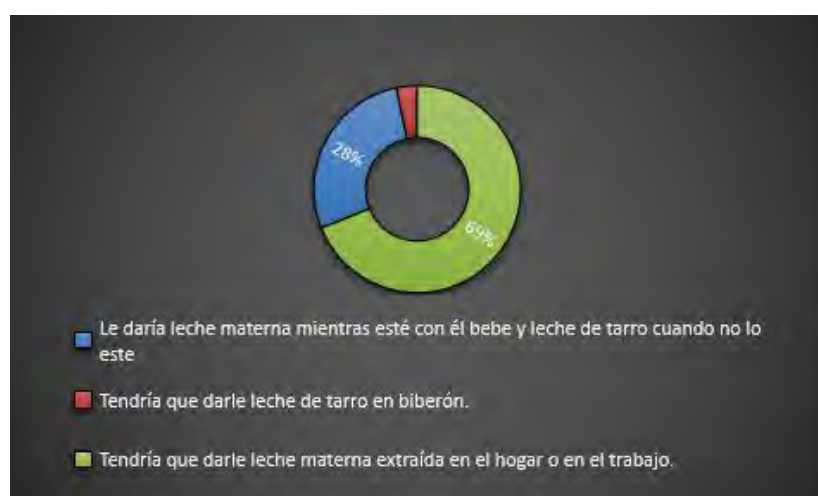
Grafica 24. Decisión de implementar leche de formula



Fuente: Elaboración propia

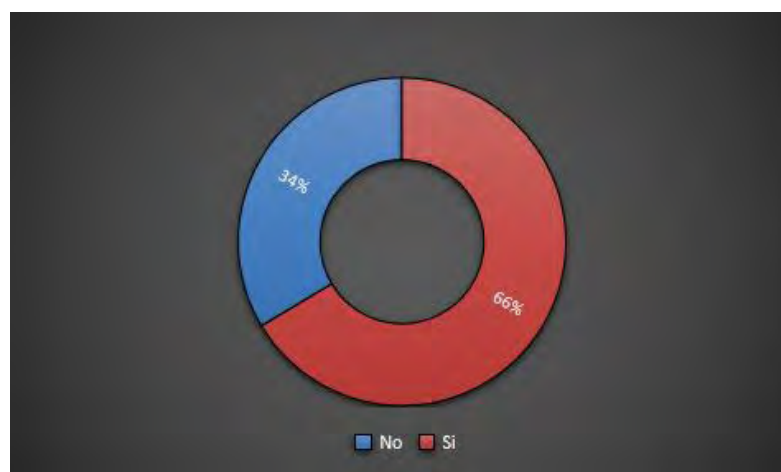
En la gráfica 24, el 69% de la población de estudio manifestó que inicio la alimentación con leche de formula por trabajo y estudio, el 29% respondió por recomendación del médico y el 2% por recomendación de amigos y familiares. En la misma línea de ideas y a manera de respuesta por parte de la población en estudio se evidencia que el 69% manifestó que cuando está fuera de casa por diferentes motivos le suministraría leche materna extraída en el hogar o en el trabajo, el 28% contesto que le da leche materna mientras este con él bebe y leche de formula cuando no lo este y el 3% contesto que le suministra leche de formula en biberón (ver grafica 25).

Grafica 25. Como alimentaria al bebe si estuviera fuera de casa



Fuente: Elaboración propia

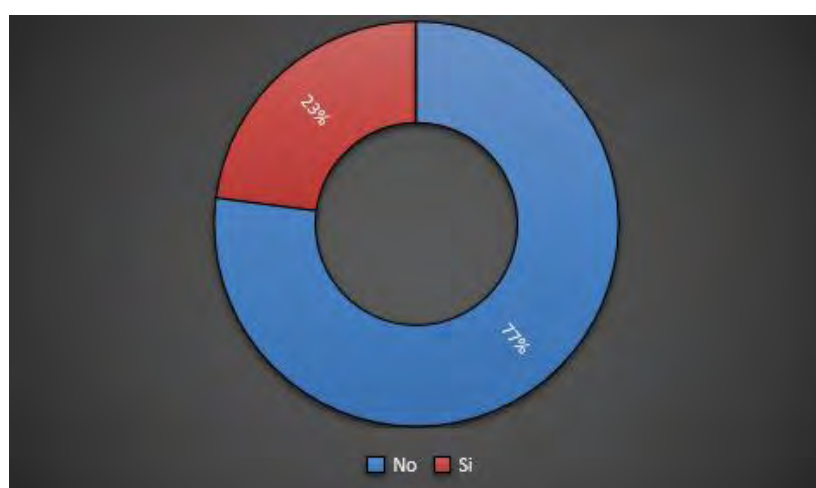
Grafica 26. Asistencia a cursos prenatales



Fuente: Elaboración propia

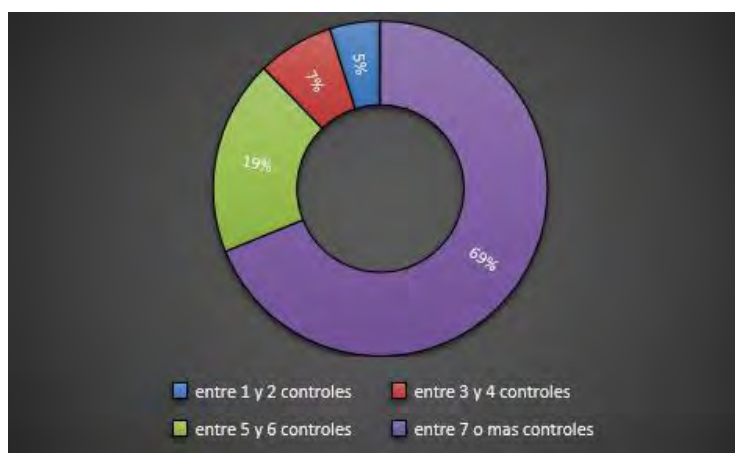
En la gráfica 26, el 66% de las mujeres encuestadas asistieron a los cursos prenatales y el 34% no asistieron, En el mismo sentido formativo en la gráfica 27 el 77% no asiste frecuentemente a actividades educativas sobre lactancia materna y solo el 23% si asiste a estas actividades por tanto es necesario desarrollar mecanismos que permitan que las mujeres accedan a cursos formativos y actividades educativas permanentes que redunden en bien del desarrollo y crecimiento del bebe.

Grafica 27. Asistencia frecuente a actividades educativas sobre la lactancia materna



Fuente: Elaboración propia

Grafica 28. Cantidad de controles prenatales asistidos



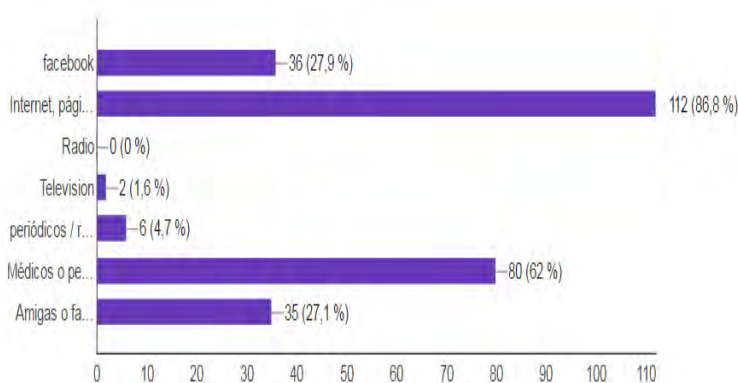
Fuente: Elaboración propia

En la gráfica 28, el 69% de la población estudiada manifestó que asistió entre 7 o más controles prenatales, el 19% asistió entre 5 y 6 controles, el 7% entre 3 y 4 controles y por último el 5% asistió entre 1 y 2 controles. el mayor porcentaje de asistencia a cursos prenatales por parte de la población de estudio fue de 7 o más controles (69%), se evidencia que entre más controles hayan asistido, mayor será la información percibida por ellas.

7.4 FUENTES Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN

A continuación, se presenta descriptivamente el uso de las fuentes y medios de comunicación por parte de la población objeto de estudio para acceder a información relacionada con la salud.

Grafica 29. Búsqueda de fuentes de información temas de salud.

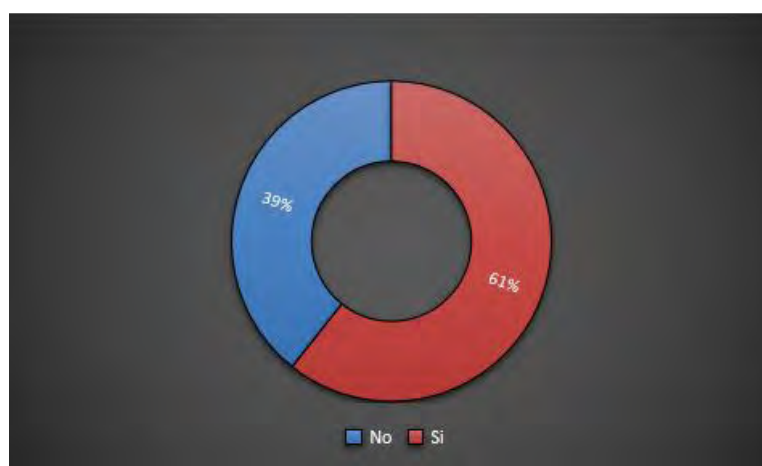


Fuente: Elaboración propia

En la gráfica 29, el 86,8% de las mujeres encuestadas manifestaron que para obtener información relacionada con la salud es internet, páginas y sitios especializados, la segunda fuente son los médicos o personal de salud con un 62%, como su tercera fuente están las redes sociales como Facebook con el 27,9%, como su cuarta opción amigos y familiares con el 27,1%, como su quinta opción periódicos o revistas con el 4,7% y como sexta opción la televisión con el 1,6%.

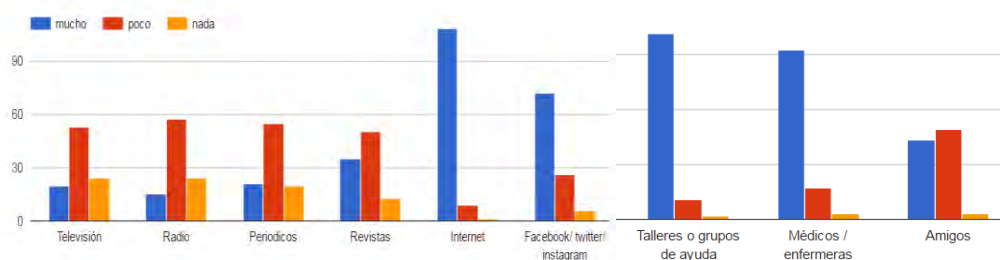
De la información se deduce que las fuentes más usadas para buscar información en relación a la salud fue internet, páginas y sitios especializados, medio útil por la accesibilidad a la información las 24 horas del día por medio de dispositivos móviles. Este comportamiento de información es coherente con la gráfica 30 en donde el 61% de las mujeres encuestadas contesto que si le gustaría recibir información a través del correo electrónico o red social y el 39% de la población contesto que no le gustaría recibir información

Gráfica 30. Recibir información sobre la lactancia materna a través de la red social o correo electrónico.



Fuente: Elaboración propia

Gráfica 31. Medios y fuentes según experiencia y utilidad



Fuente: Elaboración propia

En relación a la gráfica 31 sobre uso de fuentes y medios de comunicación para obtener información relacionada con temas de salud asumida como variable ordinal de grados de satisfacción de acuerdo a las siguientes categorías: mucho, poco y nada para calificar cada fuente. En este sentido, las mujeres calificaron como mucho (20%) la televisión como medio informativo, el 53% como poco y el 27% nada. La radio como medio informativo obtuvo un 19% en la categoría mucho, el 57% poco y el 24% nada.

El periódico utilizado como fuente de información en la categoría mucho obtuvo un 25%, el 55% utiliza como poco y el 20% como nada el periódico. Las revistas como fuente informativa la categorizaron como mucho un 35%, el 50% poco y el 15% nada.

El internet como medio informativo en la categoría de uso mucho obtuvo un 89%, el 9% poco y el 3 % nada.

El uso del Facebook como medio informativo obtuvo 70% en la categoría mucho, el 24%poco y el 6% nada.

Los talleres como fuente utilizada para obtener información de salud obtuvieron 81% en la categoría mucho, el 11% poco y el 8%nada.

El recurso humano en salud médicos obtuvo un 72% en la categoría mucho, el 17% poco y el 11% nada, y por ultimo las amigas como fuente de información obtuvo un 43% en la categoría mucho, el 49% poco y el 8% nada.

De lo anterior se concluye que existen tres fuentes informativas confiables para buscar temas en relación a la salud, donde el mayor uso de acuerdo a la experiencia es el internet, páginas y sitios especializados con un 89% de uso en la categoría de mucho, seguido por talleres con un 81 % en la misma categoría y facebook con un 70%,

7.5 ACCIONES REALIZADAS EN SANTIAGO DE CALIPARA PROMOVER LA LACTANCIA MATERNA

El plan de desarrollo de Santiago de Cali (Cali progresa contigo2016-2020) y en relación con los objetivos del desarrollo sostenible pretende contribuir a la radicación con la pobreza la reducción de inequidades y el acceso a los derechos humanos y a la búsqueda de un desarrollo sostenible. En esta línea de ideas y en relación al objeto de estudio de la investigación se pretende

reducir la mortalidad por desnutrición y la mortalidad de menores de 5 años, y en tal sentido plantean los siguientes programas y subprogramas:

Creación de un banco de leche materna en el Hospital Universitario del Valle (proyecto de la Alcaldía Municipal a través de la secretaria municipal de Cali.

Ello implica la asesoría y acompañamiento permanente para la formación de personal de salud en la lactancia materna, por medio de cursos en consejería de la lactancia materna. Con este proyecto se pretende fortalecer la práctica de la lactancia materna y que los beneficiarios sean los menores de 6 meses, los cuales por recomendación de la OMS deben ser alimentados exclusivamente con leche materna.

Por otro lado también, la Alcaldía Municipal a través de la Secretaria de Salud Municipal de Cali, realiza acciones de prevención del cáncer de acuerdo a los protocolos establecidos la OMS y OPS entre las cuales se significa la importancia de la lactancia materna:

- No cigarrillo
- Entornos libres de humo
- Estilos de vida saludables
- Limitar consumo de alcohol
- Cuidar exceso de sol
- Incentivar la lactancia materna como reductora del riesgo de cáncer de la madre.

En el mismo sentido desde la oficina de Asuntos Étnicos y Afro Descendientes de Santiago de Cali se realizan acciones de prevención orientada a incentivar la lactancia materna y a propiciar el autoexamen de mama en mujeres como práctica rutinaria para descubrir masas, nódulos, ganglios inflamados los cuales se conviertan en motivos de consulta con un profesional de la salud. A través de esta educación se invitan a las madres afro caleñas a empoderarse de hábitos saludables junto a su familia.

En la administración municipal periodo 2011-2015, se crearon en el norte de la ciudad centros de desarrollo infantil (Nidos) con el propósito que las madres gestantes y lactantes puedan acceder a servicios de atención integral a la

primera infancia (menores de 5 años), entre los servicios a ofrecer se tienen la educación, salud, nutrición, alimentación, cuidado y crianza, recreación participación y construcción de ciudadanía.

Administrativamente la Secretaria de Salud Municipal opera a través de empresas sociales de estado (ESE): ESE Centro, ESE ladera, ESE norte, ESE oriente, ESE suroriente. A la ESE del centro pertenecen las comunas 8, 9, 10, 11,12 y el centro de referencia es Centro Villacolombia. La ESE ladera tiene cobertura en las comunas 13, 17, 18, 19,20 y áreas rurales, el centro de referencia es el Centro Hospital Cañaveralajeo ubicado en el barrio San Cayetano. A La Red de salud norte (ESE norte) pertenecen a las comunas 2, 4, 5, 6,7 y el centro de referencia Joaquín Paz Borrero. A la ESE Oriente pertenecen las comunas 13, 14, 15, 21 y el Centro de referencia es Carlos Holmes Trujillo. A la ESE Sur Oriente pertenece la comuna 16 y el centro de referencia es Carlos Carmona.

A través de las ESES se realizan estrategias para estimular y apoyar la lactancia materna como alimento de beneficio para el recién nacido y la madre. Entre las acciones realizadas en las ESES se destaca la creación de las salas de lactancia materna con el propósito de motivar a las madres a realizar el amamantamiento compatible con sus jornadas laborales, además se orientan a las mujeres sobre las correctas técnicas de amamantar, análisis oportuno de mamas y detección de factores de riesgo de la lactancia.

Es importante anotar y dentro de un trabajo intersectorial la Secretaria de Educación a través del programa la primera infancia ha realizado en la ciudad intercambio de saberes entre etnias acerca del modo de amamantar en su comunidad.

Por otro lado la Secretaria de Salud de Cali, ha creado centros de desarrollo infantil como un espacio educativo para menores de 5 años, sobre todo en el oriente de la ciudad y a través de los cuales, las madres de familia que tienen sus hijos dentro de ellos, tendrán un espacio exclusivo para la lactancia y además cuentan con un espacio de gaseo.

En la actualidad hay 7 centros funcionando en el oriente a saber: Nuevo Latir, remansos, Villa del Sur, la Selva, San marino, Arcoíris, Isaías Duarte Cancino y se proyectan construir 10 centros

Es importante anotar que dentro de la estrategia nacional de atención integral de primera infancia de cero a siempre la cual pretende crear entornos protectores de salud que garanticen a la madre trabajadora en periodo de

lactancia espacios cómodos e higiénicos privados para extraerse y conservar la leche, cumpliendo con lo establecido en la estrategia, en el 2015 en Santiago de Cali, se crearon 4 salas de lactancia en los hospitales de la ciudad entre los cuales se encuentran: Carlos Carmona, Primitivo Iglesias, Cañaveralejo y Joaquín Borrero, junto al proyecto se creó una sala de maternidad en la alcaldía de la ciudad, ubicada en el 7 piso del CAM, torreo alcaldía y su propósito es apoyar la lactancia materna a las servidoras públicas municipales. En el sector privado se cuenta con salas de lactancia en la clínica Sebastián de Belalcazar (Colsanitas Ips), Farallones, Versalles, Fundación valle del Lili, Universidad Icesi y la Fundación Valle del Lili en forma extra hospitalaria tiene el programa contacto canguro centro de lactancia, los pilares del contacto canguro son: Posición canguro, lactancia materna y seguimiento ambulatorio. El programa contacto canguro pretende lograr mejores tasas de supervivencia para bebés prematuros (bebés con peso menores a 2500gr al nacer y con menor de 37 semanas de gestación, adicionando patologías complejas y a través del fortalecimiento vínculo afectivo madre e hijo y facilitando la lactancia materna.

Dentro de las acciones de promoción de la lactancia materna en Cali, la fundación valle del Lili pretende acompañar a las madres en el manejo práctico de la lactancia materna a partir del conocimiento de patrones culturales de las madres. En este sentido el centro le da manejo práctico a la lactancia brindando conocimientos y habilidades a las madres y capacidad de acompañamiento a ellas, una manera de hacer servicios más cercanos a la gente y con sentido humano.

Para concluir, si bien hay acciones del sector oficial y privado, se hace necesario generar mayor sensibilidad social sobre la importancia de la lactancia materna en población de mujeres madres y próximas a serlo para que asuman con compromiso de vida estas acciones inherentes a las poblaciones humanas que en ocasiones están siendo afectadas negativamente por las transformaciones que se ocasionan en las sociedades.

8 DISCUSIÓN

Socio demográficamente la población encuestada tiene un promedio de 28 años de edad, la mayoría son casadas, trabajadoras dependientes, sus ingresos oscilan entre 2 y 4 salarios mínimos, la mayoría tiene universidad completa y han tenido un solo hijo.

La discusión se centra en torno dos variables centrales: conocimientos y prácticas de la lactancia materna, el nivel de conocimiento se define como conceptos e informaciones sobre los que se basa una madre para decidir conductas de la lactancia materna, es decir, lo que la madre debe o puede hacer frente a una situación de lactancia a partir de conocimientos teóricos y/o científicos recibidos, el nivel de conocimientos para fines del estudio se clasifico en 3 categorías: bajo, medio y alto; estos rangos se asignaron por medio de puntajes así: bajo de 0-3 puntos, medio 4-7 puntos y alto de 8-10 puntos (ver tabla 1).

Tabla 2. Escala de medición de conocimientos en términos absolutos y relativos

Escala absoluta No.		Escala relativa %
ALTO	8-10	80 - 100
MEDIO	4-7	50- 79
BAJO	0-3	1 - 49

Fuente: Elaboración propia.

Para medir el conocimiento de las madres en relación a la lactancia materna se tuvo en cuenta las preguntas 9) usted recibió información de la lactancia materna, 11) conoce los beneficios de la lactancia materna, 12) cuando debe iniciarse la lactancia materna y 13) hasta que edad es recomendable lactar al bebe.

La variable practica de lactancia materna hace referencia al uso continuado de costumbres en las madres sobre la forma de lactar o el método que en ellas se observa en sus actuaciones prácticas, es decir son reacciones visibles u actuaciones recurrentes de las madres al momento de lactar y dependen de su nivel de conocimientos y de su actitud entendida como predisposición aprendida de la madre y que puede cambiar al reaccionar de una manera valorativa, favorable o desfavorable de acuerdo a los diversos estímulos que las madres reciben de personas, grupos, objetos o situaciones sociales. Es de anotar que las prácticas hacen parte del día a día de las madres en los diferentes momentos de su vida en la lactancia.

La variable practica para su medición se clasifico en favorable o desfavorable, la practica favorable se le asignó una puntuación de 6-10 puntos y desfavorable de 0-5 puntos

Tabla 3. Escala de medición de prácticas en términos absolutos y relativos

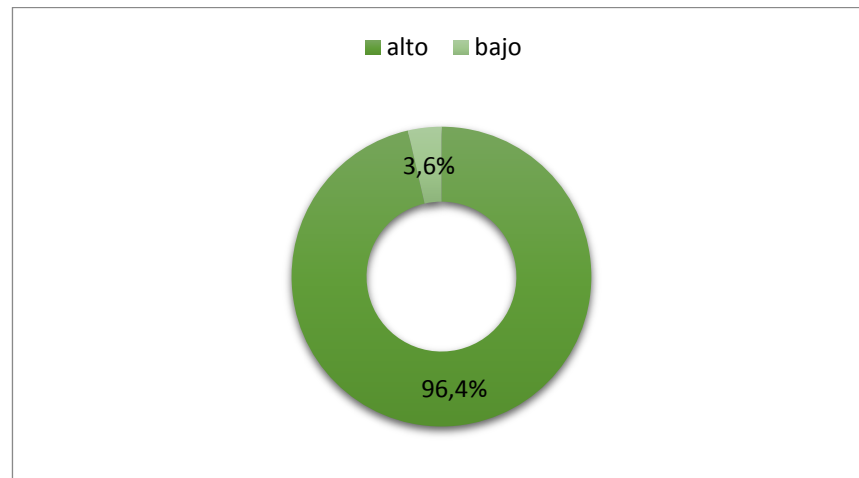
Escala absoluta No.		Escala relativa %
FAVORABLES	6 - 10	51 - 100
DESFAVORABLES	0 – 5	0 - 50

Fuente: Elaboración propia.

Para medir las prácticas de la lactancia materna se elaboraron las siguientes preguntas; 14) alimenta a su bebe con leche materna?, 15) momento en que empezó a lactar?,16) Hasta que edad amamanto a su bebe?, 19) Dejo de amamantar a causa de las molestias?, 20) experiencia vivida en la lactancia materna, 21) la lactancia desmejora el cuerpo de la mujer?, 22) Uso leche de formula?, 25) por qué decidió darle leche de formula?, 26) si usted trabajara o estuviera fuera de casa ¿Cómo alimentaria a su bebe?, 27) Asistió a cursos prenatales?, 28) Asiste frecuentemente a actividades educativas sobre la lactancia materna?.

De acuerdo a las definiciones conceptuales anteriores, la variable conocimiento en relación a si la madre recibió información sobre la lactancia materna el 93% si recibió información y solo un 7% no recibió información considerado como un conocimiento alto, con respecto a los beneficios de la lactancia materna el 98% si conoce los beneficios y el 2% no los conoce y se clasifica como conocimiento alto. La iniciación de la lactancia materna el 98% la inicia inmediatamente después del parto y el 2% a las 24 horas y se clasifica como nivel de conocimiento alto. Con respecto hasta que edad es recomendable para lactar el 46% responde hasta los 12 meses y el 46% entre 12 y más meses y solo el 4% hasta los 6 meses. Si se toma como parámetro lo establecido por la OMS como periodo de duración de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y lactancia complementaria (leche materna con leche de formula) hasta los 2 años, por consiguiente el nivel de conocimientos de las madres se clasifica alto. A manera de síntesis, de acuerdo a lo anterior, el nivel de conocimientos del total de madres encuestadas se clasifica como alto 96.4% porque está en la categoría de 8 -10 puntos y solo un 3,6% presenta un nivel de conocimiento bajo (escala de 0-3) (ver grafica 32).

Grafica 32. Nivel de conocimientos



Fuente: Elaboración propia

Para medir las **prácticas** de lactancia materna se tuvo en cuenta las siguientes preguntas 14) alimenta a su bebe con leche materna?, 15) momento en que empezó a lactar?,16) Hasta que edad amamanto a su bebe?, 19) Dejo de amamantar a causa de las molestias?, 20) experiencia vivida en la lactancia materna, 21) la lactancia desmejora el cuerpo de la mujer?, 22) Uso leche de formula?, 26) Asistió a cursos prenatales?, 27) Asiste frecuentemente a actividades educativas sobre la lactancia materna?. De acuerdo con lo anterior y evaluando cada pregunta se presenta el siguiente comportamiento:

El 88% alimenta a su bebe con lactancia materna exclusiva y el 15% con lactancia materna no exclusiva, considerando una práctica favorable, con relación al momento de empezar a lactar el 84% lacta inmediatamente después del parto y se considera como práctica favorable, el 11% lacta a las 24 horas y se considera también como practica favorable, y el 6 % entre el primer y tercer mes y se considera como practica desfavorable.

En relación hasta la edad que la madre amamanto a su bebe el 84% de las encuestadas está lactando actualmente o a lactado hasta los 6 meses o más, y se considera como práctica favorable y el 16 % ha lactado menos de 6 meses considerándola como practica desfavorable. Con respecto a la pregunta si dejo de amamantar a causa de molestias el 44% dejo de amamantar y el 56% no y se clasifica como practica favorable.

En relación a la experiencia vivida de la lactancia materna se infiere que es una práctica favorable el 85% ya que es considera como buena y el 15% la

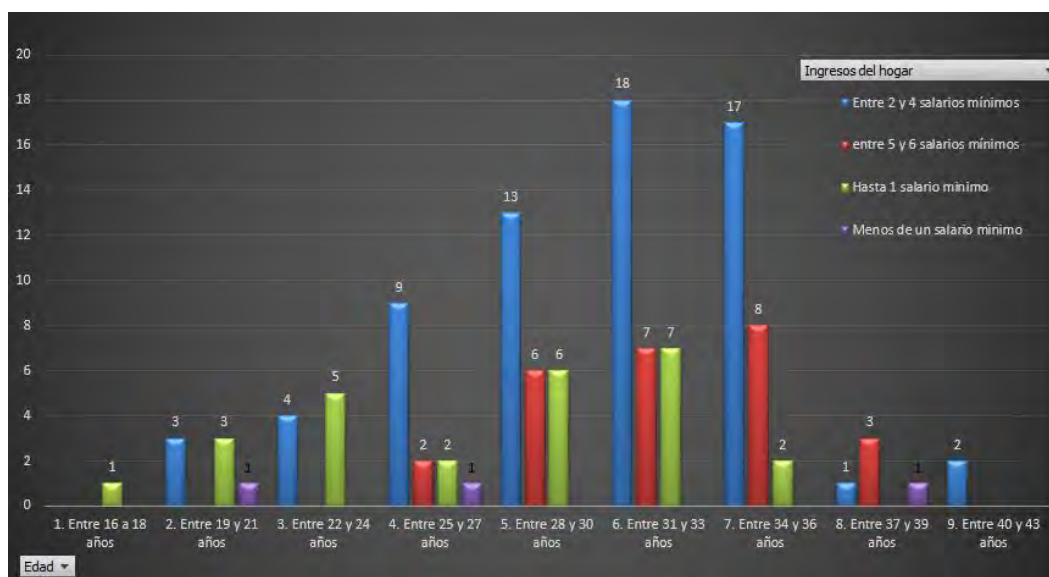
considera regular y deficiente, por lo tanto se incluye en el rango de practica desfavorable.

Con respecto a si la lactancia desmejora el cuerpo de la mujer el 91% expresa que no desmejora por lo tanto es una práctica favorable y el 9% si considera como practica desfavorable al manifestar la población encuestada que la lactancia si desmejora el cuerpo.

El uso de leche de formula por parte de la población encuestada se considera como una práctica favorable dado que el 72% no la usa y el 28% si hace uso de ella. Con respecto a la asistencia a cursos prenatales el 66% asistió y se considera una práctica favorable y el 34% está dentro del rango practica desfavorable por su no asistencia, con respecto a la asistencia a actividades educativas de lactancia materna el 77% no asiste a estas prácticas y el 23% por consiguiente este porcentaje del 77% se convierte en población de intervención para cambiar practicas desfavorables de no asistencia a cursos educativos de lactancia materna.

Por otro lado al relacionar las variables edad y nivel económico su comportamiento se observa en la gráfica 33

Grafica 33. Relación Edad y Nivel económico



Fuente: Elaboración propia

En la gráfica 33 se observa que las mujeres entre 25 y 36 años de edad sus ingresos oscilan entre 2 y 4 salarios mínimos, y a menor edad (12-18años) menores ingresos y entre 37 y 43 años ocurre lo mismo.

Grafica 34. Relación Edad y desmejoramiento del cuerpo de la mujer



Fuente: Elaboración propia

En la gráfica 34 las personas con rango de edad entre 19 y 36 años de edad expresan el no desmejoramiento del cuerpo por la lactancia, pero 4 personas con rango de edad entre 28 y 30 años manifiestan un desmejoramiento del cuerpo. A mayor edad de la mujer no se considera la lactancia como desmejoramiento del cuerpo.

Grafica 35. Edad vs recibió información sobre la lactancia materna



Fuente: Elaboración propia

En la gráfica 35, el grupo de mujeres entre 25 y 36 años de edad tiene mayor interés en recibir información de lactancia materna y la población de mujeres jóvenes menores de 25 años de edad tienen menor interés en recibir información al igual que la población mayor de 37 años. Por consiguiente las estrategias de mercado para la población joven deben estar acordes con sus patrones culturales y sus propias necesidades, en tal sentido las redes sociales y el internet se convierten como los medios significativos para realizar las estrategias.

Para el análisis de los datos se aplicaron los siguientes indicadores:

- **Inicio temprano de lactancia materna (itlm):** Proporción de niños nacidos durante los últimos 24 meses que fueron amamantados dentro del plazo de una hora de su nacimiento.

$$itlm = \frac{\text{niños nacidos últimos 24 meses amamantados dentro de una hora de su nacimiento}}{\text{niños nacidos últimos 24 meses}} * 100$$

$$itlm = \frac{102}{123} * 100 = 83\%$$

La tasa de inicio de lactancia materna es de 83%.

- **Tasa de Lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses:** Proporción de lactantes de 0 a 6 meses de edad alimentados exclusivamente con leche materna.

$$itlm = \frac{\text{Lactantes de 0 a 6 meses que recibieron leche materna exclusiva}}{\text{total lactantes entre 0 a 6 meses}} * 100$$

$$itlm = \frac{19}{19} * 100 = 100\%$$

La tasa de inicio de lactancia materna es del 100%.

- **Tasa de Lactancia materna continúa al año de vida:** Proporción de niños de 12 a 15 meses de edad que son amamantados.

$$itlm = \frac{\text{niños de 12 a 15 meses que fueron amamantados}}{\text{total niños entre 12 a 15 meses}} * 100$$

$$itlm = \frac{27}{27} * 100 = 100\%$$

- **Tasa de iniciación lactancia materna:** proporción de lactantes menores alimentados inmediatamente después del parto

$$itlm = \frac{\text{numero de niños que fueron amamantados inmediatamente despues del parto}}{\text{total niños hasta los 24 meses}} * 100$$

$$itlm = \frac{102}{123} * 100 = 83\%$$

- **Tasa de duración de lactancia materna:** proporción de lactantes menores de 24 alimentados con leche materna no exclusiva

$$itlm = \frac{\text{numero de niños que fueron amamantados en el momento de la encuesta}}{\text{total niños nacidos hasta los 24 meses}} * 100$$

$$itlm = \frac{55}{123} * 100 = 45\%$$

De acuerdo a la encuesta realizada como evidencia empírica y los indicadores planteados fundamentados teóricamente en la teoría social razonada y el modelo transteorico, se plantea que las conductas de las mujeres en relación a la lactancia materna pueden ser cambiadas para impactar un mejor estado nutricional del infante.

9 ESTRATEGIAS DE MERCADEO SOCIAL PARA LOGRAR MAYORES TASAS DE INICIACION Y DURACION DE LACTANCIA MATERNA

La lactancia materna como prevención de desnutrición y enfermedades es la mejor alternativa para la alimentación del recién nacido porque contiene las proteínas, oligoelementos y carbohidratos necesarios para el desarrollo del bebe; por consiguiente es alimento fundamental en el desarrollo del ser humano por la relación existente entre nutrientes y sistema inmunológico al reducir el riesgo de infecciones y otras posibles patologías propias de ese periodo neonatal. En este sentido, la lactancia como forma de alimentación es única e irremplazable, además de fortalecer el vínculo Sico afectivo entre madre-hijo para un mayor desarrollo sicosocial del individuo.

Al considerar la lactancia materna como problema de comportamiento se construyen desde el mercadeo social estrategias basadas en un hacer, un pensar y un sentir viable (que se pueda lograr) para modificar conductas que contribuyan a aumentar la iniciación y duración de la lactancia materna, con el propósito de contribuir a la disminución de la mortalidad y desnutrición de niños recién nacidos y niños menores de 5 años.

9.1 DIAGNOSTICO

La lactancia materna exclusiva según la Encuesta Nacional de Nutrición 2010⁴⁷ para Colombia fue del 3.3%, para el Valle del Cauca del 1.9% y para Santiago de Cali del 0.8%, ello significa que el porcentaje nacional de lactancia materna exclusiva es muy bajo y desde luego para el departamento y la ciudad es demasíadamente bajo. Es un fenómeno multicausal en donde algunas causas están relacionadas con el acceso y uso de la información; muchas mujeres en estado de embarazo y madres primerizas hacen caso omiso a la información que se recibe por diferentes medios, se hace uso de prácticas acordes con su contexto cultural y en algunos casos se desconoce la importancia de la leche materna como un todo en la alimentación de sus hijos.

Estos porcentajes bajos de lactancia materna exclusiva probablemente están relacionados con el bajo peso al nacer, para el año 2015 Cali tenía el 8.6% de niños con bajo peso al nacer si bien es un porcentaje por debajo de la meta nacional del 10%, no deja de ser significativo en relación con la desnutrición en menores de cinco años en la ciudad; al respecto, la tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años en Santiago de Cali al año 2011 fue de 17.9 por cien mil habitantes nacidos vivos y para el 2015 fue del 18.9 y por

⁴⁷ PROFAMILIA, Encuesta Nacional de demografía y salud, Colombia 2015. BOGOTA: PROFAMILIA, 2015.

periodos epidemiológicos en lo que va corrido del año 2016 (mes octubre) se han detectado 259 casos de niños menores de 5 años con morbilidad por desnutrición aguda⁴⁸.

Estas cifras, evidencian la magnitud de un fenómeno de salud pública que amerita respuestas de solución dado que son vidas humanas las que están en situación de riesgo, sobre todo cuando el desarrollo cerebral se realiza en los primeros cinco años de vida y es la infancia la que requiere altos niveles de nutrición y la lactancia materna es irremplazable como elemento nutricional.

9.2 HISTORIA DE LA ORGANIZACIÓN

La Secretaría de Salud Pública de Santiago de Cali es el organismo de Gobierno encargado de velar por las adecuadas condiciones de salud del Municipio, históricamente en el año 1925 mediante la Ley 25 se crea en Colombia la Dirección Nacional de Higiene y Asistencia Pública con los niveles nacional, departamental y municipal del subsector oficial. En 1937 se inició un proceso de descentralización dentro del sector salud a nivel nacional, mediante la Ley 120 que autorizó a los Concejos Municipales a crear las Direcciones Municipales de Salud⁴⁹.

En Cali se creó mediante el acuerdo No. 44 de 1938 el Departamento de Higiene y Asistencia Pública Municipal de Cali, al que pertenecieron el Asilo, la Clínica de Maternidad, la Inspección de Obras Públicas y Aseo y la Unidad Sanitaria como parte del proceso de desarrollo administrativo desencadenado en 1953. Por el dinamismo de la Universidad del Valle, en el proceso de integración de los servicios preventivos y curativos de la ciudad de Cali, se transformó en la Secretaría de Higiene Municipal. Un paso importante hacia la descentralización en 1962, fue la creación de la Corporación Autónoma de Desarrollo de la Comunidad y los Centros Médicos Materno Infantil de Cali, que luego daría lugar a la Corporación de Programas Especiales de Salud (CORPES).⁵⁰

En La década de 1970 en Alma Ata (ciudad de la antigua unión de repúblicas socialistas soviéticas) los países miembros de la OMS, suscriben un documento titulado declaración de Alma Ata, donde se plantea en sus metas la salud para todos en el año 2000, con una estrategia basada en atención primaria en salud y los países que acogieron la declaración incluída Colombia

⁴⁸ Sistema de vigilancia mortalidad por desnutrición 2014-2016. Santiago de Cali: Oficina de epidemiología, 2016. p. 90.

⁴⁹ 70 años de la Secretaria de Salud Pública de Cali. Santiago de Cali: Secretaria de Salud pública. 2008. p. 99.

⁵⁰ Ibid., p 89.

asumen este reto y son las secretarías municipales de salud las encargadas de soluciones alineadas con este propósito, en los años 80 e inicios del 90 se transformaron los Sistemas Nacionales de Salud (SNS) a través del desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud (SILOS). En la ciudad se vivían transformaciones económicas, demográficas y políticas de carácter nacional, departamental y municipal, dentro de una política de descentralización fiscal, política y administrativa se elaboran estrategias que permitan mayor participación de la comunidad como actora y protagonista de la salud y se asumen una serie de políticas públicas para la construcción social con participación de actores públicos y privados y comunitarios incluyendo el estado⁵¹.

Actualmente la Visión de la Secretaría de Salud Pública Municipal es “construir en el siglo XXI gente dispuesta a trabajar colectivamente con amor y grandeza, por un futuro mejor. Una sociedad que comprende que en Cali debe haber respeto a la diversidad, al encuentro de identidades, al equilibrio ambiental, a la inclusión social; a la defensa del espacio público y a la naturaleza, a la disciplina urbanística, a la integración territorial y a la eficiencia administrativa; a los caminos de la democracia y la convivencia”

La misión de la Secretaría es:

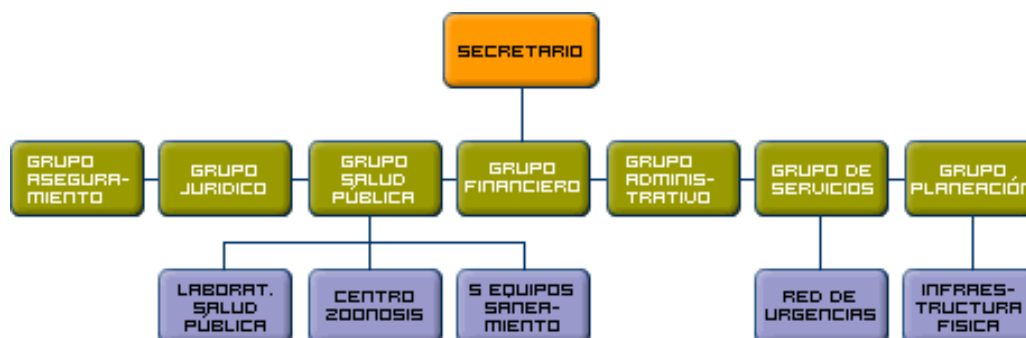
El compromiso de trabajar por una Cali visionaria, democrática segura, saludable, educadora, deportiva, multicultural, verde, incluyente y productiva, con todos los actores y sectores en forma intersectorial e interinstitucional, para garantizar que los recursos públicos que se invierten en el municipio privilegien a los diferentes grupos poblacionales, especialmente los menos favorecidos, para que todos podamos “vivir la vida dignamente⁵²”.

Administrativamente tiene la siguiente estructura (ver figura 1):

⁵¹ Ibíd., p 34.

⁵² Ibíd., p 91.

Figura 1. Organigrama de la secretaria municipal de salud Cali



Fuente: 70 años de la Secretaria de Salud Pública de Cali. Santiago de Cali: Secretaria de Salud pública. 2008. p. 95.

La organización contiene un principio rector denominado participación y en él se expresa que “la intervención de la comunidad a través de los beneficiarios de la seguridad social en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en su conjunto

9.3 VISION DE LA CAMPAÑA

Ser una campaña de promoción de lactancia materna integrada, versátil con capacidad de respuesta efectiva a las necesidades del medio convirtiéndose en una estrategia proactiva e innovadora en el campo de la promoción de la lactancia materna

9.4 MISIÓN DE LA CAMPAÑA

Promocionar en las mujeres la importancia de la lactancia materna exclusiva para tengan mayor duración en la misma, desarrollen una actitud y cultura de lactancia contribuyendo a disminuir índices desnutrición

9.5 OBJETIVO DE LA CAMPAÑA

Incrementar la lactancia materna para lograr mayores tasas de iniciación y duración como estrategia para el desarrollo infantil

9.6 POBLACION OBJETIVO

El mercado potencial donde se realizara la campaña de mercadeo social está conformado por 26.352 mujeres que corresponden a mujeres en edades comprendidas entre los 15 y 39 años que residen en estratos medio y medio alto de la ciudad de Santiago de Cali y que potencialmente asisten a las siguientes entidades de Salud ubicadas en la ciudad: Saludos, SOS, Cafesalud, Sura, Colsanitas, lugares donde asistieron las mujeres al momento de la encuesta.

Tabla 4. Análisis DOFA

MATRIZ DOFA						
	MACROENTORNO					
	O	1	Acceso a medios masivos de comunicación	A	1	Estereotipos de belleza alimentados desde la sociedad
		2	Existencia en la ciudad de coordinación intersectorial en relación a la lactancia y desarrollo infantil.		2	Influencia familiar, social y cultural por el sistema de creencias
		3	Reducción de mortalidad en menores de 5 años por desnutrición		3	Altos índices de abandono de la lactancia materna.
		4	Creación de bancos de leche en la ciudad			
		5	La estimulación de la lactancia materna como contribución a la prevención del cáncer de mama y cérvix			
		6	Existencia del programa de cero a siempre			
		7	El derecho de toda mujer a amamantar a su hijo en el trabajo			

Fuente: Elaboración propia

Tabla 5. (Continuación).

MATRIZ DOFA					
MICROENTORNO	F	1	Alto nivel de conocimiento sobre lactancia materna Existencia en la ciudad de campañas que apoyan la lactancia	ESTRATEGIA FO	ESTRATEGIA FA
		2	La lactancia materna es el mejor alimento para el niño en los primeros 6 meses de vida y lo previene de enfermedades	O1, O2, O4: F1, F2, F3, F6, F7, F8 hacer uso de los instrumentos de mercadeo social para la promoción de la lactancia.	F2,F3,F6:A1,A2,A3: - Elaborar estrategias que creen vínculo afectivo madre e hijo -Promover en comunicaciones integradas del mercadeo la importancia de la lactancia materna en el desarrollo integral madre niño -Elaborar actividades donde la madre asuma el compromiso y responsabilidad del niño como capital humano de un territorio.
		3	La lactancia materna crea un lazo entre madre-hijo-hija		
		4	La lactancia materna disminuye índice mortalidad infantil	O1,O6:F2,F3 impulsar campaña de mercadeo social dirigidas a las mujeres, familia, colegios, instituciones de salud que contribuyan a crear valores y comportamientos culturales favorables a la lactancia materna	
		5	Las mujeres tienen mayor acceso a medios de información		
		6	Las mujeres son receptivas a mensajes y disposición al cambio		
		7	Se tiene la voluntad política de la Secretaria Municipal de Salud Cali por la salud integral de madre niño.	Promover la lactancia materna con enfoque de derecho en colegios e instituciones de salud	
	D	1	Existe desinformación en las madres en situaciones Sico afectivas, físicas y sociales	ESTRATEGIA DO	ESTRATEGIA DA
		2	Dificultades en la pareja por el tiempo de lactancia	D1, D2, D7:O2, O9: creación de estrategia de comunicación integrada del mercado para fortalecer la campaña de mercadeo social.	A1,A3:D3,D4,D8 Mejorar la calidad de información y el acceso a la misma y aumentar el tiempo de permanencia de la lactancia materna
		3	Ausencia de acciones informativas de las entidades prestadoras de salud en relación a la lactancia		
		4	Ausencia de compromiso de las madres con desarrollo integral del niño-niña		
		5	Poca inversión en programas de lactancia en entidades públicas y privadas de la ciudad		
		6	Estereotipos de belleza relacionados con lactancia	D3, D6, D8:O2, O8, O9: lograr mayores tasas de duración de lactancia materna.	Propiciar las condiciones necesarias para asegurar la práctica de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y prolongada hasta los dos años.
		7	No se da la debida importancia a la lactancia porque la información es insuficiente o de baja calidad		
		8	Baja asistencia de las madres a programas de control prenatal		
		9	Desinterés de las madres de participar en programas de lactancia y crecimiento infantil		

Fuente: Elaboración propia

9.7 PLANEACION Y FORMULACION DE LA ESTRATEGIA

9.7.1 Objetivos del marketing

- Sensibilizar a las mujeres como actoras insustituibles de una nutrición integral de los Infantes
- Utilizar los medios digitales para brindar información sobre la lactancia materna para que la mujer se apropie sobre beneficios y costos de la leche materna
- Contrarrestar los estereotipos de belleza y mitos que se tienen sobre la lactancia materna
- Establecer alianzas estratégicas con organizaciones privadas a nivel local para enriquecer y fortalecer procesos de lactancia materna

9.8 ESTRATEGIAS DEL MARKETING

Las estrategias de producto hacen referencia a todas aquellas actividades dirigidas a lograr cambios de comportamiento o de conductas en las madres, lograr mayores tasas de iniciación y duración de la lactancia materna.

Las estrategias de precio comprenden la aceptación en las madres de cambios de conductas o comportamientos, es un precio intangible y está dado por el tiempo y el esfuerzo que las madres y personal de salud hacen para lograr mayor durabilidad en la lactancia

Las estrategias de plaza hacen referencia al lugar donde se implementaran las estrategias para lograr modificar conductas o comportamientos.

La estrategia de promoción está comprendida por los medios para transmitir los mensajes, medios masivos (redes sociales página web), medios impresos (folletos) y venta personal (capacitación)

Las estrategias se construyeron desde un enfoque holístico considerando al individuo, la familia, la comunidad, las instituciones sociales y la sociedad y orientadas desde el mercadeo social para que las madres reciban un mensaje que contribuya a mejorar al desarrollo del infante.

La implementación de las estrategias requiere el aval de la Secretaria Municipal de salud como órgano oficial de la salud pública en la ciudad y el acompañamiento de organizaciones privadas (ver matriz de involucrados).

Tabla 5. Estrategia del marketing

ESTRATEGIAS DEL MARKETING		
ELEMENTOS DEL MARKETING MIX	ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES
PRODUCTO, PLAZA, PROMOCION.	1. Capacitación integral del núcleo familiar	1. Taller de capacitación núcleo familiar, 2. Conferencia sobre el apoyo familiar en la lactancia materna 3. Conferencia en relación al cuidado de las mujeres y su desarrollo social, personal.
PRODUCTO	2. Preservación y conservación de la salud de la madre para el buen desarrollo infantil	1. Taller de capacitación a madres para sostener la lactancia materna en donde las madres deben separarse de sus hijos por trabajo o enfermedad 2. Taller sobre derechos de maternidad
PROMOCION Y PRECIO	3. Capacitación del personal de salud en relación a problemas de lactancia materna	1. Taller de capacitación a personal de salud sobre los problemas tempranos y tardíos de la lactancia materna para manejo adecuado 2. Taller sobre derechos de maternidad
PLAZA	4. Incrementar la cobertura de atención a mujeres en embarazo y lactantes	1. Incorporar nuevas mujeres a programas de desarrollo infantil, 2. Mejorar la atención por parte del personal de salud en sus instituciones en situaciones coyunturales (conflictos pareja, crisis económica, desplazamiento) 3. Acompañamiento del personal de salud al crecimiento y desarrollo del infante. 4. sensibilizar a las IPS sobre la importancia de implementar la iniciativa hospital amigo del niño propuesta por la OMS.
PROMOCION.	5. Diseñar de estrategia comunicacional	1. Diseño de página web (ver anexo C) . 2. Diseño de páginas para redes sociales (ver anexo C), 3. Diseño de cd (ver anexo C), 4. Diseño de folleto (ver anexo C)

Fuente: Elaboración propia

9.9 METAS DEL MARKETING

- **Meta 1**

Al 31 de diciembre del 2018 el 60% de las madres deben hacer uso de la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses.

- **Meta 2**

Al 31 de diciembre del 2018, el 50% de las madres deben tener una tasa de duración de lactancia materna mayor del 70%

9.10 PLAN TACTICO DEL MARKETING

A continuación se presente el plan tácito del marketing elaborado (ver tabla 6).

Tabla 6. Plan táctico del marketing

PLAN TACTICO DEL MARKETING										
ELEMENTOS DEL MARKETING MIX	QUE SE ESPERA LOGRAR CON LA CAMPAÑA	METAS	ESTRATEGIAS	TACTICA	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	RECURSOS	TIEMPO ESTIMADO	RESULTADO ESTIMADO	EVALUACION Y CONTROL
PRODUCTO, PLAZA, PROMOCION.	<p>1. Que las madres amamantes a sus hijos inmediatamente después del parto en forma exclusiva hasta los seis meses .</p> <p>2. Que las madres asistan al control prenatal .</p> <p>3. Que las madres conozcan la importancia de la lactancia materna en el desarrollo sicoafectivo en el niño-niña.</p> <p>4. Que los médicos y el personal de salud (enfermeras-auxiliares de enfermería).</p> <p>5. Que los médicos y personal de salud observen la recomendación de sucedáneos establecida por OMS-UINICEF y prescriban como opción secundaria fomenten y recomienden la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses .</p> <p>6. Que los empleadores cumplan con las disposiciones legales facilitando un tiempo de amamantamiento y espacio en donde se cuente con refrigeración para extraer la leche materna.</p>	Meta 1; al 31 de diciembre del 2018 el 60% de las madres deben lactar exclusivamente a sus hijos durante los primeros 6 meses	1, Capacitación integral del núcleo familiar	capacitar por medio de taller, conferencias, entregando folletos con participación de médicos y enfermeras	1. Taller de capacitación núcleo familiar sobre la lactancia materna y su importancia en la nutrición infantil. 2. conferencia sobre el apoyo familiar en la lactancia materna 3. Conferencia en relación al cuidado de la mujeres y su desarrollo social, personal.	medico especialista medicina familiar, enfermera jefe	Recurso humano: medico especialista, enfermera jefe. Recurso tecnico: diseño de folletos e impresión, Recurso material: logística para los talleres y conferencias	TALLER 8 HORAS, DOS VECES AL AÑO, CONFERENCIA 1 DOS HORAS DOS VECES AL AÑO , CONFERENCIA 2 , DOS HORAS DOS VECES AL AÑO	aumento tasas de lactancia materna	Medir satisfaccion a travez de las redes sociales
PRODUCTO			2, Preservación y conservación de la salud de la madre para el buen desarrollo infantil	Taller y conferencia por parte del grupo medico y abogado sobre el autocuidado de la mujer, bancos de leche y foma de extracción de leche materna	1. Taller de capacitación a madres para sostener la lactancia materna en donde las madres deben separarse de sus hijos por trabajo o enfermedad 2. Conferencia sobre derechos de maternidad	enfermera jefe, auxiliar de enfermería. Abogado	Recurso humano: enfermera jefe y abogado Recurso material: logística para los talleres y conferencias	Taller : 8 horas dos veces al año y conferencia dos horas dos veces al año.	reduccion de problemas tempranos y tardios en relacion a la lactancia materna	seguimiento a las mades sobre conocimientos aprendidos a travez de llamadas telefonicas
PROMOCION Y PRECIO			3, Capacitación del personal de salud en relación a problemas de lactancia materna	actualizaciones por medio de conferencias al personal de salud ubicado en las IPS en relación a la lactancia materna y sobre los derechos de la maternidad	1. Conferencia de capacitación a personal de salud sobre los problemas tempranos y tardios de la lactancia materna para manejo adecuado 2. Conferencia sobre derechos de maternidad	medico especialista en ginecostetricia , abogado	Recurso humano: medico especialista, abogado. Recurso material y tecnico para la realizacion de conferencias	conferencia dos horas 1 vez año, conferencia derecho maternidad 1 vez al año	Mejoramiento de desempeño del personal comprometido con el servicio de salud.	mayor cobertura de atencion a mujeres con problemas tempranos y tardios de la lactancia materna
PLAZA		meta 2: al 31 de diciembre dl 2018 el 50% de las madres deben tener una tasa de duracion de lactancia materna mayor del 70%.	4, incrementar la cobertura de atención a mujeres en embarazo y lactantes	ampliar la cobertura en atencion en salud a madres embarazadas y lactantes construyendo atencion medica humanizada y que entienda a las personas en sus problemas y necesidades del diario vivir por medio de visitas realizadas por funcionarios d ela Secretaria de Salud Municipal a las IPS (Saludcoop, SOS, Cafesalud, Sura, Colsanitas, Lugares donde asistieron las mujeres al momento de la encuesta)	1. Incorporar nuevas mujeres a programas de desarrollo infantil, 2. mejorar la atencion por parte del personal d salud en sus instituciones en situaciones conyunturales (conflictos pareja , crisis economica , desplazamiento) 3. Acompañamiento del personal de salud al crecimiento y desarrollo del infante. 4. sensibilizar a las IPS sobre la importancia de implementar la iniciativa hospital amigo del niño propuesta por la OMS.	Secretaria Municipal de Salud (grupo servicios, ver organigrama). Pediatra, auxiliar de enfermería.	Recurso humano: grupo adscrito a servicios de la Secretaria de Salud Municipal	6 meses	Ampliacion de la cobertura de atencion en salud a madres embarazadas y lactantes en un 80%.	a travez del cumplimiento de metas propuestas por las instituciones de salud a mujeres en embarazo y lactantes
PROMOCION.			5, Diseñar estrategia de comunicaciones integradas de mercadeo (CMI)	proponiendo promocion a travez de folletos, paginas web, cd, redes sociales.	1. Diseño de página web(ver anexo C) . 2. Diseño de páginas para redes sociales (ver anexo C), 3. Diseño de cd (ver anexo C), 4. Diseño de folleto (ver anexo C)	Ingeniero multimedia, diseñador grafico, profesional en mercadeo, publicista, jefe de produccion, auxiliar diseñador grafico	Recursos Humanos: Ingeniero multimedia, diseñador grafico, profesional en mercadeo, publicista, jefe de produccion, auxiliar diseñador grafico. Recursos Tecnicos y Mateiales	6 meses	Mayor aceptacion de la poblacion objetivo la importancia de la lactancia materna y durabilidad de la misma	revision mes a mes del numero de visitas a paginas web, del numero de megustas y del numero de compartir informacion y el numero de cds entregados y numero de folletos entregados

Fuente: Elaboración propia

9.11 PLAN DE CONTINGENCIA

- **Producto:** El plan de contingencia de producto está ligado a la capacidad de respuesta de las madres a los talleres y conferencias programados, al conocimiento adquirido, a sus prácticas positivas relacionadas con la lactancia materna y la capacidad de transmitir a otras lo aprendido. Para el personal de salud, su accionar dependerá de su voluntad para hacer las cosas con calidad, oportunidad y bajo el enfoque de un servicio humanizado en salud.
- **Precio:** definido como un intangible está dado por el tiempo y el esfuerzo que las madres y el personal de salud involucrado hacen para lograr durabilidad de la lactancia, en este sentido el precio dependerá de la voluntad de todos los actores antes mencionados para realizar una acción que contribuya a mayor nutrición de un niño, por otro lado el precio en términos económicos dependerá de la captación de recursos para llevar a cabo la campaña, labor que le corresponderá a la Secretaria de Salud como ente rector de la salud publica en la ciudad.
- **Plaza:** en caso de que no se presente receptividad por parte del segmento de mercado seleccionado, la Secretaria de Salud Municipal, de acuerdo a estadísticas y seguimientos que le hace a la salud publica en cali, deberá seleccionar otro segmento de mercado para aplicar la campaña.
- **Promoción:** en caso de no tener respuesta por parte de la población objetivo a la estrategia de comunicaciones integradas de mercadeo se rediseñe la página web, la elaboración de nuevos formatos e información planteada en redes sociales.

Tabla 7. Plan de ejecución

PLAN DE EJECUCION							
ELEMENTOS DEL MARKETING MIX	OBJETIVOS	ESTRATEGIAS	METAS	TACTICA	ACTIVIDADES	RECURSOS	PRESUPUESTO
PRODUCTO	1. Lograr cambios de conducta del mercado meta en relacion a la lactancia materna, 2. Sensibilizar a las mujeres como actrices insustituibles de una nutrición integral de los Infantes, 3. Contrarrestar los estereotipos de belleza y mitos que se tienen sobre la lactancia materna	1, Capacitación integral del núcleo familiar	Meta 1: al 31 de diciembre del 2018 el 60% de las madres deben lactar exclusivamente a sus hijos durante los primeros 6 meses meta 2: al 31 de diciembre del 2018 el 50% de las madres deben tener una tasa de duración de lactancia materna mayor del 70%.	capacitar por medio de taller, conferencias, entregando folletos con participación de medicos y enfermeras	1. Taller de capacitación núcleo familiar sobre la lactancia materna y su importancia en la nutrición infantil. 2. conferencia sobre el apoyo familiar en la lactancia materna 3. Conferencia en relacion al cuidado de la mujeres y su desarrollo social, personal.	Recurso humano: medico especialista, enfermera jefe. Recurso tecnico: diseño de folletos e impresión, Recurso material: logistica para los talleres y conferencias	\$ 2.200.000,00
		2, Preservación y conservación de la salud de la madre para el buen desarrollo infantil		Capacitar por medio de taller y conferencia por parte de personal de enfermería, abogado sobre el autocuidado de la mujer, bancos de leche y foma de extracción de leche materna	1. Taller de capacitación a madres para sostener la lactancia materna en donde las madres deben separarse de sus hijos por trabajo o enfermedad 2. Conferencia sobre derechos de maternidad	Recurso humano: enfermera jefe y abogado Recurso material: logistica para los talleres y conferencias	\$ 2.640.000,00
PROMOCION Y PRECIO	Capacitar al personal de salud sobre problemas tempranos y tardios de la lactancia materna con enfoque derechos de la maternidad	3, Capacitación del personal de salud en relación a problemas de lactancia materna		actualizar por medio de conferencias al personal de salud ubicado en las IPS en relacion a la lactancia materna y sobre los derechos de la maternidad	1. Conferencia de capacitación a personal de salud sobre los problemas tempranos y tardios de la lactancia materna para manejo adecuado 2. Conferencia sobre derechos de maternidad	Recurso humano: medico especialista, abogado. Recurso material y tecnico para la realizacion de conferencias	\$ 2.620.000,00
PLAZA	Establecer alianzas estratégicas con organizaciones privadas a nivel local para enriquecer y fortalecer procesos de lactancia materna	4, incrementar la cobertura de atención a mujeres en embarazo y lactantes		ampliar la cobertura en atencion en salud a madres embarazadas y lactantes construyendo atencion medica humanizada y que entienda a las personas en sus problemas y necesidades del diario vivir por medio de visitas realizadas por funcionarios de la Secretaria de Salud Municipal a las IPS (Saludcoop, SOS, Cafesalud, Sura, Colsanitas, Lugares donde asistieron las mujeres al momento de la encuesta)	1. Incorporar nuevas mujeres a programas de desarrollo infantil, 2. mejorar la atencion por parte del personal d salud en sus instituciones en situaciones conyunturales (conflictos pareja , crisis economica , desplazamiento) 3. Acompañamiento del personal de salud al crecimiento y desarrollo del infante. 4. sensibilizar a las IPS sobre la importancia de implementar la iniciativa hospital amigo del niño propuesta por la OMS.	Recurso humano: grupo adscrito a servicios de la Secretaria de Salud Municipal	\$ 3.000.000,00
PROMOCION.	Utilizar los medios digitales para brindar información sobre la lactancia materna para que la mujer se apropie sobre beneficios y costos de la leche materna.	5, Diseñar estrategia de comunicaciones integradas de mercadeo (CMI)		proponiendo promocion a travez de folletos, paginas web, cd, redes sociales.	1. Diseño de página web(ver anexo C) 2. Diseño de páginas para redes sociales (ver anexo C), 3. Diseño de cd (ver anexo C), 4. Diseño de folleto (ver anexo C)	Recursos Humanos: Ingeniero multimedia, diseñador grafico, profesional en mercadeo, publicista, jefe de produccion, auxiliar diseñador grafico. Recursos Tecnicos y Materiales	\$ 29.409.800,00

Fuente: Elaboración propia

10 PRESUPUESTO

Tabla 8. Sub total gastos personal

Personal	Salarios (\$)	Tiempo / hora	Subtotal (\$)	Cantidad	Total (\$)
Profesional en mercado	\$ 2.500.000,00	salario fijo por 1 mes	\$ 2.500.000,00	1	\$ 2.500.000,00
Publicista	\$ 689.800,00	salario fijo por 1 mes	\$ 689.800,00	1	\$ 689.800,00
Jefe de producción	\$ 250.000,00	10 días	\$ 2.500.000,00	1	\$ 2.500.000,00
Diseñador grafico	\$ 50.000,00	10 días	\$ 500.000,00	1	\$ 500.000,00
Ingeniero de multimedia	\$ 789.000,00	salario fijo por 6 meses	\$ 4.734.000,00	2	\$ 9.468.000,00
Personal de transporte	\$ 150.000,00	5 días	\$ 750.000,00	1	\$ 750.000,00
Auxiliar diseñador grafico	\$ 25.000,00	10 días	\$ 250.000,00	1	250.000
Medico especialista	\$ 150.000,00	8 horas	\$ 1.200.000,00	2	\$ 2.400.000,00
Enfermera jefe	\$ 80.000,00	8 horas	\$ 640.000,00	2	\$ 1.280.000,00
Abogado	\$ 80.000,00	4 horas	\$ 3.200.000,00	2	\$ 6.400.000,00
Total	\$ 6.423.800,00		\$ 14.613.800,00		\$ 26.487.800,00

Fuente: Elaboración propia

Tabla 9. Sub total de gastos y equipos

Artículos	Precio \$	Cantidad	total (\$)
Folletos full color	\$500	10.000	\$ 5.000.000,00
Computador	\$1.500.000	1	\$ 1.500.000,00
CD	\$1.200	1000	\$ 1.200.000,00
Maquina impresión	\$500.000	1	\$ 500.000,00
Lapiceros	\$600	20	\$ 12.000,00
Video beam	\$2.000.000	1	\$ 2.000.000,00
Mesas Rimax	\$10000	200	\$ 2.000.000,00
Sillas Rimax	\$200	700	\$ 140.000,00
Carpas	\$35000	10	\$ 350.000,00
Hojas de papel	\$ 50	1000	\$ 50.000,00
Total	\$ 2.001,10		\$ 12.752.000,00

Fuente: Elaboración propia

Tabla 10. Total gastos de la campaña

Sub total gastos de personal (ver cuadro estrategia del marketing)	\$ 10.460.000,00
Sub total de gastos de personal	\$ 26.487.800,00
Sub total de gastos y equipos	\$ 12.752.000,00
Total	\$ 49.699.800,00

Fuente: Elaboración propia

11 CRONOGRAMA

Tabla 11. Cronograma de actividades campaña del marketing

cronograma de actividades campaña de lactancia materna 2017																																																
	Enero				febrero				Marzo				Abril				Mayo				Junio				Julio				Agosto				Septiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre			
ACTIVIDADES	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
1, Capacitación integral del núcleo familiar																																																
2, Preservación y conservación de la salud de la madre para el buen desarrollo infantil																																																
3, Capacitación del personal de salud en relación a problemas de lactancia materna																																																
4, incrementar la cobertura de atención a mujeres en embarazo y lactantes																																																
5, Diseñar estrategia de comunicaciones integradas de mercadeo (CMI)																																																

Fuente: Elaboración propia

12 CONCLUSIONES

El 96,4% de la población encuestada afirma que tiene conocimientos acerca de la lactancia, lo cual es un buen indicador para que el infante tenga un desarrollo y crecimiento sano, no obstante a pesar de que la población tiene conocimientos, estos no son aplicables totalmente por lo que se obtiene una serie de inconvenientes en el tiempo de duración de la lactancia.

De acuerdo a lo anterior, se debe realizar extensión del plan de lactancia otorgado por la ley, ya que a través de este las madres pueden dedicarse con mayor tiempo a ejercer la lactancia estipulada por la UNICEF (hasta los 6 meses de vida lactancia materna exclusiva).

Las estrategias de mercadeo social están basadas dentro de un enfoque holístico que corresponde al individuo, la familia, la comunidad y la sociedad, porque el desarrollo de los habitantes de un territorio es un compromiso del estado, las organizaciones y la sociedad civil.

De acuerdo a lo realizado en las estrategias de marketing se hace necesaria la implementación de la campaña en la ciudad por su integralidad y funcionalidad así como también por la necesidad que satisface.

En una población que crece y con un número significativo de no adherencia o sostenibilidad de lactancia materna exclusiva, un gran número de mujeres van a ver en la campaña un símbolo de importancia de ellas en la formación de capital humano a alto nivel mediante la duración de la lactancia.

Las estrategias y acciones a realizar durante el año 2018 se proyectan a una población objetivo, en caso de éxito de la campaña, la Secretaría de Salud seguirá adelante con el proyecto y podrá llevarlo a cabo en otros lugares de la ciudad, sobre todo en lugares donde haya alto número de mujeres embarazadas a temprana edad, se espera que las estrategias de marketing contribuyan a lograr mayores tasas de iniciación y duración de la lactancia materna exclusiva

13 RECOMENDACIONES

Las recomendaciones se presentan en seis componentes o resultados con sus correspondientes actividades los cuales corresponden a las estrategias de mercadeo social a saber:

- Incluir lactancia materna como contenido de enseñanza en planteles educativos
- Capacitación integral núcleo familiar
- Preservación y conservación de la salud
- Capacitación personal de salud
- Incrementar cobertura de atención
- Diseño de estrategias comunicacionales

Estos componentes/resultados/estrategias están basados dentro de un enfoque sistémico para lograr una atención integral a una problemática que requiere visión holística.

Dentro de este enfoque aparece en primera instancia el individuo incluye los comportamientos, conductas, conocimientos y prácticas y todo el mundo relacional donde el ser persona circunscribe su vida: hogar, estudio, trabajo, relaciones.

Posteriormente está el ambiente cercano a la mujer (madre potencial), el contacto con entornos que llegan a convertirse en cotidianos como son la escuela, las instituciones de salud, las amigas con quienes coincide en el ámbito de la lactancia materna y los medios de comunicación o fuentes e información a los que recurren las mujeres en busca de ayuda.

Por consiguiente, las actividades correspondientes a cada uno de los componentes o resultados están presentadas para intervenir y lograr cambios de comportamiento o conductas en el individuo, la familia, la escuela y las instituciones de salud, así las cosas las actividades tiene características personales, actitudinales y conductuales de las madres comprometidas en los diferentes entornos.

Los componentes/resultados y sus actividades están considerando a la madre adaptándose a sus entornos inmediatos (familia, escuela, trabajo, instituciones salud) e influida por relaciones establecidas en estos contextos junto a los medios masivos de comunicación (sociedad, cultura), considerar estos aspectos sirvió para la elaboración de las estrategias (ver actividades en matriz de marco lógico).

Las actividades elaboradas para lograr mayores tasas de iniciación y duración de la lactancia materna estarán a cargo de la Secretaría Municipal de Salud de la ciudad de Cali, institución que posee personal capacitado y los recursos materiales, técnicos y financieros para gerenciar con las diferentes entidades de salud la implementación de las actividades, así como también lograr la coordinación intersectorial que ello requiere.

BIBLIOGRAFÍA

70 años de la Secretaria de Salud Pública de Cali. Santiago de Cali: Secretaria de Salud pública. 2008. 210 p.

Análisis de situación de salud (ASIS) en Colombia. Bogotá D.F: Minsalud. 2015. 550 p.

BANDURA, Elbert. Teoría del aprendizaje social. España: Editorial Espasa. 1987. 567 p.

COLOMBIA. CONGRESO DE COLOMBIA. Ley estatutaria No.1581 del 2012. Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales. Bogotá: Congreso de Colombia. 2012. 100 p.

CORONADO L. Nadia E. y VASQUEZ M. Yesenia R. Conocimientos sobre la lactancia materna y prácticas de amamantamiento en madres puérperas adolescentes. Lima: Escuela de enfermería. 2015. 450 p.

Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010. Bogotá D.F: PROFAMILIA. 2010. 500 p

Encuesta nacional de la situación nutricional 2010. Bogotá: MINSALUD. 2010. 67 p.

Encuesta nacional de la situación nutricional en Colombia. Bogotá: ICBF. 2005. 224 p.

Estadísticas vitales: cifras 2015. Bogotá D.F: DANE. 2015. 340 p.

Factores asociados con la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes en madres adolescentes. Medellín: Sociedad Colombiana de Pedriatria. 2010. 140 p.

FERNANDEZ MANRIQUE, María. Factores de la lactancia materna en el desarrollo de niños y niñas de 18 meses a 4 años. Quito: Universidad de San Francisco. 2014. 190 p.

Informe nacional de competitividad 2015-2016 [En línea]. Bogotá D.F: Consejo privado de competitividad. 2016 [Consultado 10 de Junio, 2016]. Disponible en internet: www.compitem.com.co

Informe lactancia materna 2015 [En línea] Organización Mundial de la Salud. 2015. [Consultado 15 de Mayo, 2016]. Disponible en internet: www.oms.org .

Informes de actualidad de los servicios públicos domiciliarios de acueducto y alcantarillado. Bogotá: SUPERSERVICIOS. 2015. p. 78.

KOTLER, Philip y ROBERTO, Eduardo. Mercadotecnia social. México: Diana, 1993. 770 p.

KOTLER, Philip, ZALTMAN, Gerald. Social Marketing: an approach to planned social change. En: Journal of Marketing. Julio 1971. Vol 35. No 1. p. 3-12.

KOTLER, Philip. Fundamentos de Marketing. México: Pearson. 2002. 645 p.

KOTLER, Philip; LEE, Nancy; NED, Roberto. Social Marketing: Improving the quality of life. 2da Edición. New York: Sage editorial, 2002. 459 p.

LASCANO, Portero Verónica. Estrategia educativa para el cumplimiento del protocolo de inicio temprano de la lactancia materna en el Hospital IESS año 2013- 2014. Trabajo de grado Medico General. Ambato: Universidad Regional Autónoma de los Andes. 2015. 249 p.

LICATA, Marcela. La leche materna y sus propiedades nutricionales [En línea]. ZNDT Inc. 2016. [Consultado 19 de junio, 2016]. Disponible en internet: <http://www.zonadiet.com/nutricion/composicionleche-materna.htm>

Lineamientos técnicos para la implementación de las salas amigas de la familia lactante en el entorno laboral. Bogotá D.F: MINSALUD. 2012. 300 p.

MARGHEL ALVAREZ, Patricia. Propuesta de intervención para promover una práctica correcta de la lactancia materna exclusiva en adolescentes embarazadas de Santo Tomas Ajusco. Trabajo de grado Magister en Salud Publica. México: Instituto de Salud pública. 2013. 770 p

Norma nacional de la lactancia materna: ordenanza ministerial No.217/09. Bogotá: Ministerio de Salud - Dirección general de salud. 2009. 235 p.

Plan decenal lactancia materna 2010-2020 [En línea]. Colombia: Ministerio de protección social. 2004. 65 p. [Consultado 11 de septiembre, 2016]. Disponible en internet: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/plan-decenal-lactancia-materna.pdf>

Objetivos del desarrollo del milenio: informe Naciones Unidas. New York: ONU. 2014. P. 33. [Consultado 14 de octubre, 2016]. Disponible en internet: <http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/mdg-report-2014-spanish.pdf>

Pobreza monetaria y multidimensional en Colombia 2015 - Boletín técnico. Bogotá: DANE, 2016. 122 p.

PROCHASKA, James. The transtheoretical model of health behavior change [en línea]. En: American Journal of Health. Sep-Oct 1997. Vol. 12. No 1. p. 38-48. [Consultado 29 de octubre, 2016]. Disponible en internet: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10170434>.

Proyecciones anuales de población por sexo y edad 1995-2015 - Estudios censales Nro. 4. Bogotá: DANE. 2015. 115 p.

Seguimiento plan sectorial 2015. Bogotá: MINEDUCACION. 2015. p. 60. . (s.f.). Sistema de vigilancia mortalidad por desnutrición 2014-2016. Cali: Secretaria Municipal de Salud: Oficina de epidemiología. 2016. 70 p.

Sistema de vigilancia mortalidad por desnutrición 2014-2016. Santiago de Cali: Oficina de epidemiología, 2016. 80 p.

ANEXOS

Anexo A. Modelo de encuesta

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE OCCIDENTE PROGRAMA DE MERCADEO Y NEGOCIOS INTERNACIONALES

Buen día, estamos haciendo una encuesta para obtener información en relación a Lactancia Materna. La información es confidencial. Su participación es voluntaria. Sus respuestas son importantes para mejorar la permanencia de la mujer cuando alimenta al bebe.
¿Desea participar?

OBJETIVO. Levantar información para lograr mayor tasa de iniciación y duración de la lactancia en madres adolescentes ubicadas en Cali.

FECHA: _____ **NOMBRE** _____ **Barrio** _____

COMPONENTE SOCIODEMOGRÁFICO Y ECONÓMICO

1. Edad

1. Entre 16 a 18 años
2. Entre 19 y 21 años
3. Entre 22 y 24 años
4. Entre 25 y 27 años
5. Entre 28 y 30 años
6. Entre 31 y 33 años
7. Entre 34 y 36 años
8. Entre 37 y 39 años
9. Entre 40 y 43 años

2. Estado civil

1. Soltera
2. Casada
3. Unión libre
4. Divorciada
5. Viuda

3. Ocupación

1. Ama de casa
2. Estudiante
3. Empleada
4. Desempleada

4. Ingresos del hogar

1. Menos de un salario mínimos
2. Hasta 1 salario mínimos
3. Entre 2 y 4 salarios mínimos
4. Entre 4 y 6 salarios mínimos

5. Nivel educativo.

1. Primaria completa
2. Primaria incompleta
3. Secundaria completa
4. Secundaria incompleta
5. Tecnólogo completo
6. Tecnólogo incompleto
7. Universidad completa
8. Universidad incompleta

6. ¿Cuántos hijos tiene actualmente?

1. Uno
2. Dos
3. Más de dos

7. ¿A qué edad dio a luz?

1. Entre 16 a 18 años
2. Entre 19 y 21 años
3. Entre 22 y 24 años
4. Entre 25 y 27 años
5. Entre 28 y 30 años
6. Entre 31 y 33 años
7. Entre 34 y 36 años
8. Entre 37 y 39 años
9. Entre 40 y 43 años

8. ¿Cuántos meses tiene su bebe?

1. 1 mes
2. Entre 1 y 2 meses
3. Entre 3 y 4 meses
4. Entre 5 y 6 meses
5. Entre 7 y 8 meses
6. Entre 9 o más meses

COMPONENTE CONOCIMIENTOS EN RELACIÓN A LA LACTANCIA MATERNA

9. ¿Usted recibió información sobre lactancia Materna?

1. Si
2. No

10. ¿Dónde recibió información de la LM?

1. Internet
2. Curso psicoprofilactico
3. Ginecóloga
4. Folletos
5. Amigos, familiares, etc.
6. Médico general
7. Servicio de salud

11. ¿Conoce los beneficios de la lactancia materna?

1. Si
2. No

12. ¿Según sus conocimientos cuando debe iniciarse la lactancia materna?

1. Inmediatamente después del parto
2. A las 24 horas de nacido
3. Cuando él bebe llore de hambre por primera vez

13. Con lo que usted sabe ¿Hasta qué edad es recomendable lactar al bebé?

1. Hasta los 3 meses
2. Hasta los 6 meses
3. Hasta los 12 meses
4. Otro.... Especifique cual..._____

COMPONENTE DE PRÁCTICAS DE LA LACTANCIA MATERNA:

14. ¿alimenta exclusivamente su bebe con leche materna?

1. Si
2. No

15. ¿En qué momento empezó a lactar?

1. Inmediatamente después del parto
2. a las 24 horas
3. al primer mes
4. entre 2 y 3 meses
5. no lacto

- 16. ¿Hasta que edad amamanto a su bebe?**
1. Entre 1 y 2 meses
 2. Entre 2 y 4 meses
 3. Entre 4 y 6 meses
 4. 6 meses o más meses
- 17. ¿Tuvo molestias al amamantar?**
1. Si
 2. No
- 18. ¿Cuál ha sido la molestia?**
1. Pezones agrietados
 2. Dolor
 3. Sangrado
 4. Mastitis
 5. Desprendimiento de pezones
- 19. ¿Dejo de Amamantar a causa de las molestias?**
1. Si
 2. No
- 20. ¿Cómo calificaría usted la experiencia vivida en relación a la lactancia materna?**
1. Buena
 2. Regular
 3. Deficiente
- 21. ¿Cree que la lactancia materna desmejora el cuerpo de la mujer?**
1. Si
 2. No
- 22. ¿Usa leche de formula como complemento?**
1. Si
 2. No
- 23. ¿A qué edad empezó a utilizar la leche de formula?**
1. Entre 1 y 2 meses
 2. Entre 2 y 4 meses
 3. Entre 4 y 6 meses
 4. Entre 6 o más meses
- 24. ¿Por qué decidió darle leche de formula?**
1. Por recomendación del médico.
 2. Por recomendación de familiares amigos.
 3. Por motivo de trabajo y estudio.
- 25. ¿Si usted trabajara o estuviera fuera de casa ¿Cómo alimentaría al bebé?**
1. Le daría leche materna mientras esté con él bebe y leche de tarro cuando no lo este
 2. Tendría que darle leche materna extraída en el hogar o en el trabajo.
 3. Tendría que darle leche de tarro en biberón.
 4. Otro. Especifique cual _____
- 26. ¿Asistió a cursos prenatales**
1. Si
 2. No
- 27. ¿Asiste frecuentemente a actividades educativas sobre la lactancia materna?**
1. Si
 2. No
- 28. ¿A cuántos controles prenatales asistió?**
1. Entre 1 y 2 controles
 2. Entre 3 y 4 controles
 3. Entre 5 y 6 controles
 4. Entre 7 o más controles

BLOQUE DE FUENTES Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN USADOS

29. ¿Cuándo usted requiere buscar información sobre temas de salud, ¿En dónde busca esta información?

1. Facebook__
2. Internet, páginas y sitios especializados__
3. Radio__
4. periodicos/revistas __
5. Televisión __
6. Médicos, enfermeras, personal de salud__
7. Amigas, familiares__
8. Otro.. especifique cual_____

30. ¿Le gustaría recibir información sobre lactancia materna a través de su red social o correo electrónico?

1. Si
2. No

31. ¿En su experiencia que tan útil es cada una de las siguientes fuentes para obtener información relacionada con salud?

	Mucho	Poco	Nada
Televisión			
Radio			
Periódico			
Revistas			
Internet			
Facebook/ twitter/ instagram			
Talleres o grupos de ayuda			
Médicos enfermeras ,			
Amigos			
otro			

Anexo B. Consentimiento informado de las madres para la encuesta

Consentimiento informado del paciente para encuesta Tema: estrategias de mercadeo social para lograr mayores tasas de iniciación y duración de la lactancia materna en madres ubicadas en la ciudad de Cali Año 2015 – 2016.

Investigador: Juliana Campuzano Giraldo y Carlos A. Gutiérrez

Fecha.....

Yo..... Identificada con No. De Cedula libre y voluntariamente autorizo a la Srta. Juliana Campuzano y al Sr. Carlos A. Gutiérrez, puede acceder y hacer uso de la información existente en la encuesta realizadas que tuvo como objetivo “elaborar estrategias de mercadeo social para lograr mayores tasas de iniciación y duración de la lactancia materna en madres ubicadas en Cali.

Declaro que he sido informada adecuadamente por la Srta. Juliana Campuzano y el Sr. Carlos A. Gutiérrez acerca de la importancia del problema de salud y las alternativas para prevenir, lo he comprendido y se me han aclarado todas mis dudas. Comprendo que mi decisión para colaborar ha sido voluntaria.

Para constancia y validez procedo a legalizar el siguiente documento con firma y huella, la misma que uso en todos mis actos públicos y privados.

Firma y huella del paciente

Anexo C. Estrategia de comunicaciones integradas de mercadeo

Este anexo contiene las estrategias de comunicación integradas de mercadeo basadas en los resultados de la encuesta y de la información relacionada con las actividades realizadas en la ciudad para la sensibilización de las madres sobre lactancia materna. Teóricamente las estrategias son orientadas desde el marco de referencia del estudio.

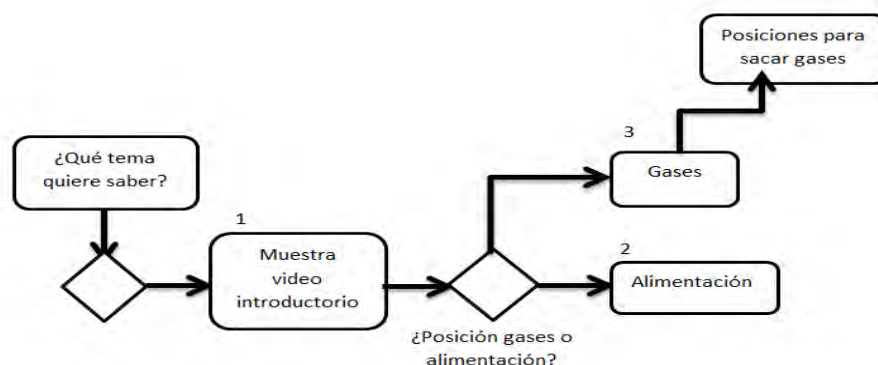
Básicamente se elaboran las estrategias con el fin aumentar el índice de la lactancia materna y bajar el uso del sustituto de la lactancia materna (leche infantil). La estrategia comunicacional contiene: diseño página web, diseño de páginas de redes social, diseño de CD y diseño de folleto.

La información contenida en el CD interactivo será la misma información que llevarán las cuatro actividades con el fin de poder llegar a toda la población de estudio con diferentes medios, por consiguiente es la que se detalla a continuación:

A. CD interactivo, Descripción

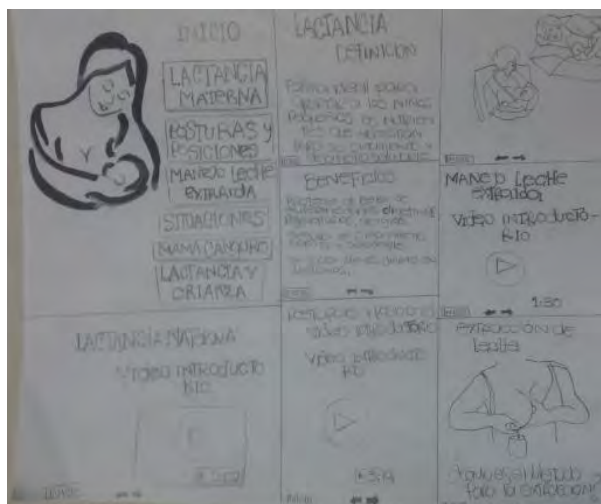
Inicialmente se procede a realizar un esquema (ver figura 3) de cuál será la información que irá en el CD interactivo, partiendo que este se llevara a cabo con diagramas de flujo, los diagramas de flujo son representaciones graficas de un proceso, donde cada paso del proceso es representado por un símbolo diferente que contiene breve descripción de la etapa del proceso; en este sentido el flujo del proceso están unidos entre sí con flechas que indican la dirección de flujo de cada proceso, por consiguiente se elabora un ejemplo de lo que es el diagrama de flujo ver figura 1.

Figura 2. Diagrama de flujo de CD interactivo



Para la elaboración del contenido del CD interactivo se procedió a hacer un boceto (ver figura 2) del archivo ejecutable que tiene un menú de inicio con los diferentes temas a tratar sobre lactancia materna.

Figura 3. Boceto del CD interactivo



A continuación, se presentan los temas que tendrá el CD interactivo como inicio:

1. **Lactancia materna**
 - a. Video introductoria lactancia materna
 - b. Definición lactancia materna
 - c. Beneficios de la lactancia- para él bebe o para la madre
 - d. Juegos interactivos
2. **Por qué lactar y no usar leche de biberón**
 - a. video introductorio
 - b. ventajas de lactar – madre- hijo.
 - c. precauciones y desventajas de la leche de biberón.
3. **Posturas y posiciones de amamantar.**
 - a. Video introductorio
 - b. Tipos de posturas
4. **Extracción leche materna**
 - a. Video introductorio
 - b. Técnicas de extracción
 - c. Conservación de la leche materna extraída
5. **Situaciones**
 - a. Video introductorio
 - b. Lactancia y bebés prematuros
 - c. Mama canguro
6. **Lactancia y crianza**
 - a. Video introductorio
7. **Lactancia, familia y sociedad.**
 - a. Video introductorio

- b. Apoyo lactancia familia
- c. Apoyo lactancia sociedad
- 8. Video final , recomendaciones
- 9. Página web para consultas con expertos e inquietudes, foros, relacionar experiencias con diferentes madres.
- 10. Aplicativo para el celular.

Al hacer click en el primer ítem se mostrará un video con un resumen del tema a tratar. Al implementar el diagrama de flujo este tendrá como opción en cada ítem una flecha donde este podrá indicar a dónde dirigirse, si se requiere devolver y también tendrá un cuadro de inicio en el lado inferior izquierdo para volver al inicio del CD.

Cada ítem llevara imágenes alusivas según el tema a tratar, para que así el mensaje sea educativo e impactante y tenga recordación inmediata del mensaje es decir un top of mind.

La información contenida en el CD interactivo será la misma información que llevaran los 4 elementos con el fin de poder llegar a toda la población de estudio con diferentes métodos.

A continuación se presenta gráficamente el diseño y contenido del CD interactivo:

Figura 4. Contenido CD



Fuente: Elaboración propia.

Figura 5. Introducción lactancia materna



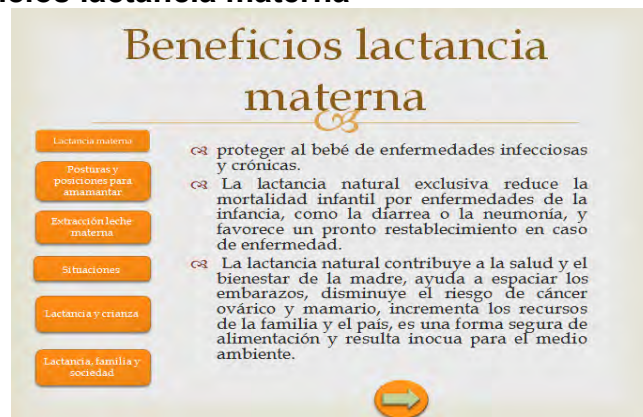
Fuente los autores

Figura 6. Definición lactancia materna



Fuente los autores

Figura 7. Beneficios lactancia materna



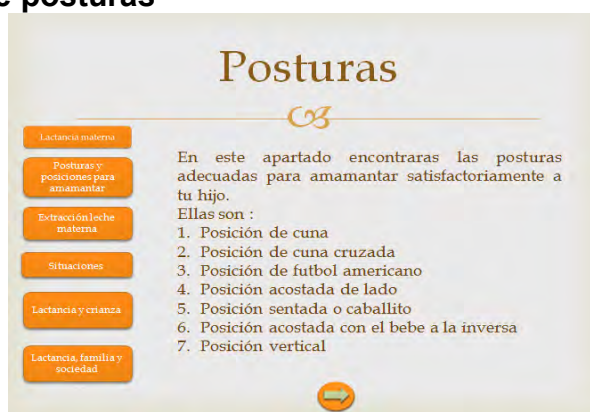
Fuente: los autores

Figura 8. Posturas y posiciones para amamantar



Fuente los autores

Figura 9. Clase de posturas



Fuente: los autores

Figura 10 Postura de cuna



Fuente los autores

Figura 11 Método de extracción leche materna



Fuentes: los autores

Anexo D. 10 Pasos para una lactancia feliz

1	Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia materna que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de la salud.
2	Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.
3	Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia materna y la forma de ponerla en práctica.
4	Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al alumbramiento.
5	Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactancia incluso si han de separarse de sus hijos.
6	No dar a los recién nacidos más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que estén médicamente indicados.
7	Facilitar la cohabitación de las madres y los lactantes durante las 24 horas del día.
8	Fomentar la lactancia materna a libre demanda.
9	No dar a los niños alimentados al pecho chupadores o chupetes artificiales.
10	Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia materna y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica.

Fuente: UNICEF. 10 pasos para una lactancia feliz. Disponible en <http://www.unicef.org/spanish/nutrition/breastfeeding.html>

Anexo E. Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna OMS/UNICEF 1981

Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna OMS/UNICEF, 1981⁵³ Los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud: Afirmando el derecho de todo niño y de toda mujer embarazada y lactante a una alimentación adecuada como medio de lograr y de conservar la salud; Reconociendo que la malnutrición del lactante es tan sólo un aspecto de problemas más amplios planteados por la falta de educación, la pobreza y la injusticia social; Reconociendo que la salud del lactante y del niño pequeño no puede aislarse de la salud y de la nutrición de la mujer, de sus condiciones socioeconómicas y de su función como madre; Conscientes de que la lactancia natural es un medio inigualado de proporcionar el alimento ideal para el sano crecimiento y desarrollo de los lactantes, de que dicho medio constituye una base biológica y emocional única tanto para la salud de la madre como para la del niño, de que las propiedades anti-infecciosas de la leche materna contribuyen a proteger a los lactantes contra las enfermedades y de que hay una relación importante entre la lactancia natural y el espaciamiento de los embarazos; Reconociendo que el fomento y la protección de la lactancia natural son elementos importantes de las medidas de salud y de nutrición, así como de las demás medidas de índole social necesarias para favorecer el sano crecimiento y desarrollo del lactante y el niño pequeño, y que la lactancia natural es un aspecto importante de la atención primaria de salud; Considerando que, cuando las madres no amamantan o sólo lo hacen parcialmente, existe un mercado legítimo de preparaciones para lactantes y de ingredientes adecuados que entran en su composición; que, en consecuencia, todos estos productos deben ponerse al alcance de cuantos los necesiten mediante sistemas comerciales y no comerciales de distribución; y que no deben comercializarse ni distribuirse por métodos que puedan obstaculizar la protección y la promoción de la lactancia natural. Reconociendo además que las prácticas de alimentación inadecuadas son causa de malnutrición, morbilidad y mortalidad de los lactantes en todos los países y que las prácticas incorrectas en la comercialización de sucedáneos de la leche materna y productos afines pueden agravar esos importantes problemas de salud pública; Persuadidos de que es importante que los lactantes reciban alimentación complementaria apropiada, por lo general a partir de los 4 a los 6 meses, y de que ha de hacerse todo lo posible por utilizar alimentos disponibles localmente; y convencidos, no obstante, de que esos alimentos complementarios no deben utilizarse como sucedáneos de la leche materna; Reconociendo que existen diversos factores sociales y económicos que influyen en la lactancia natural y que, en consecuencia, los gobiernos han de organizar sistemas de apoyo social para proteger, facilitar y estimular dicha práctica, y han de crear un medio ambiente que favorezca el amamantamiento, que aporte el debido apoyo familiar y comunitario y que proteja a la madre contra los factores que impiden la lactancia natural; Afirmando que los sistemas de atención de salud, y los

⁵³ OMS/UNICEF. Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna. OMS/UNICEF, 1981.

profesionales y otros agentes de salud que en ellos trabajan, tienen una función esencial que desempeñar orientando las prácticas de alimentación de los lactantes, estimulando y facilitando la lactancia natural y prestando asesoramiento objetivo y coherente a las madres y a las familias acerca del valor superior del amamantamiento o, cuando así proceda, acerca del uso correcto de preparaciones para lactantes, tanto fabricadas industrialmente como hechas en casa; Afirmando, además, que los sistemas de educación y otros servicios sociales deben participar en la protección y la promoción de la lactancia natural y en el uso apropiado de alimentos complementarios; Conscientes de que las familias, las comunidades, las organizaciones femeninas y otras organizaciones no gubernamentales tienen un papel particular que desempeñar en la protección y en el fomento de la lactancia natural y en la tarea de conseguir el apoyo que necesitan las embarazadas y las madres de lactantes y niños de corta edad, estén o no amamantando a sus hijos; Afirmando la necesidad de que los gobiernos, las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, las organizaciones no gubernamentales, los expertos en varias disciplinas afines, los grupos de consumidores y la industria colaboren en actividades destinadas a mejorar la salud y la nutrición de la madre, del lactante y del niño pequeño; Reconociendo que los gobiernos han de adoptar una serie de medidas de salud y de nutrición, así como medidas sociales de otra índole, con el fin de favorecer el crecimiento y el desarrollo del lactante y del niño pequeño, y que el presente Código se refiere solamente a un aspecto de dichas medidas; Considerando que los fabricantes y los distribuidores de sucedáneos de la leche materna desempeñan un papel importante y constructivo en relación con la alimentación del lactante, así como en la promoción del objetivo del presente Código y en su correcta aplicación; Afirmando que los gobiernos están llamados, habida cuenta de sus estructuras sociales y legislativas y de sus objetivos de desarrollo general, a emprender la acción necesaria para dar efecto al presente Código, en particular mediante la promulgación de disposiciones legislativas y de reglamentos o la adopción de otras medidas apropiadas; Estimando que, en función de las consideraciones precedentes y habida cuenta de la vulnerabilidad de los lactantes en los primeros meses de vida, así como de los riesgos que presentan las prácticas inadecuadas de alimentación, incluido el uso innecesario e incorrecto de los sucedáneos de la leche materna, la comercialización de dichos sucedáneos requiere un tratamiento especial que hace inadecuadas en el caso de esos productos las prácticas habituales de comercialización;

EN CONSECUENCIA:

Los Estados Miembros convienen por el presente documento en los artículos siguientes, que se recomiendan en tanto que base para la acción.

Artículo 1. Objetivo del Código El objetivo

Del presente Código es contribuir a proporcionar a los lactantes una nutrición segura y suficiente, protegiendo y promoviendo la lactancia natural y asegurando el uso correcto de los sucedáneos de la leche materna, cuando éstos sean necesarios, sobre la base de una información adecuada y mediante métodos apropiados de comercialización y distribución.

Artículo 2. Alcance del Código El Código

Se aplica a la comercialización y prácticas con ésta relacionadas de los siguientes productos: sucedáneos de la leche materna, incluidas las preparaciones para lactantes; otros productos de origen lácteo, alimentos y bebidas, incluidos los alimentos complementarios administrados con biberón, cuando están comercializados o cuando de otro modo se indique que pueden emplearse, con o sin modificación, para sustituir parcial o totalmente a la leche materna; los biberones y tetinas. Se aplica asimismo a la calidad y disponibilidad de los productos antedichos y a la información relacionada con su utilización.

Artículo 3. Definiciones

A efectos del presente Código, se entiende por:

«Agente de salud»: toda persona, profesional o no profesional, incluidos los agentes voluntarios, no remunerados, que trabaje en un servicio que dependa de un sistema de atención de salud.

« Alimento complementario »: todo alimento, manufacturado o preparado localmente que convenga como complemento de la leche materna o de las preparaciones para lactantes cuando aquélla o éstas resulten insuficientes para satisfacer las necesidades nutricionales del lactante. Ese tipo de alimento se suele llamar también «alimento de destete» o «suplemento de la leche materna».

« Comercialización »: las actividades de promoción, distribución, venta, publicidad, relaciones públicas y servicios de información relativas a un producto.

« Distribuidor »: una persona, una sociedad o cualquier otra entidad que, en el sector público o privado, se dedique (directa o indirectamente) a la comercialización, al por mayor o al detalle, de algunos de los productos comprendidos en las disposiciones del presente Código. Un «distribuidor

primario» es un agente de ventas, representante, distribuidor nacional o corredor de un fabricante.

«Envase»: toda forma de embalaje de los productos para su venta al detalle por unidades normales, incluido el envoltorio.

« Etiqueta »: todo marbete, marca, rótulo u otra indicación gráfica descriptiva, escrita, impresa, estarcida, marcada, grabada en relieve o en hueco o fijada sobre un envase de cualquiera de los productos comprendidos en el presente Código.

« Fabricante »: toda empresa u otra entidad del sector público o privado que se dedique al negocio o desempeñe la función (directamente o por conducto de un agente o de una entidad controlados por ella o a ella vinculados en virtud de un contrato) de fabricar alguno de los productos comprendidos en las disposiciones del presente Código.

« Muestras »: las unidades o pequeñas cantidades de un producto que se facilitan gratuitamente.

« Personal de comercialización »: toda persona cuyas funciones incluyen la comercialización de uno o varios productos comprendidos en las disposiciones del presente Código.

«Preparación para lactantes »: todo sucedáneo de la leche materna preparado industrialmente, de conformidad con las normas aplicables del Codex Alimentarius, para satisfacer las necesidades nutricionales normales de los lactantes hasta la edad de 4 a 6 meses y adaptado a sus características fisiológicas; esos alimentos también pueden ser preparados en el hogar, en cuyo caso se designan como tales.

«Sistema de atención de salud»: el conjunto de instituciones u organizaciones gubernamentales, no gubernamentales o privadas que, directa o indirectamente, se ocupan de la salud de las madres, de los lactantes y de las mujeres embarazadas, así como las guarderías o instituciones de puericultura. El sistema incluye también al personal de salud que ejerce privadamente. En cambio, no se incluyen, a los efectos del presente Código, las farmacias y otros establecimientos de venta.

«Sucedáneo de la leche materna»: todo alimento comercializado o de otro modo presentado como sustitutivo parcial o total de la leche materna, sea o no adecuado para ese fin.

« Suministros »: las cantidades de un producto facilitadas para su utilización durante un periodo prolongado, gratuitamente o a bajo precio, incluidas las que se proporcionan, por ejemplo, a familias menesterosas.

Artículo 4. Información y Educación

4.1 Los gobiernos deben asumir la responsabilidad de garantizar que se facilita a las familias y a las personas relacionadas con el sector de la nutrición de los lactantes y los niños de corta edad una información objetiva y coherente. Esa responsabilidad debe abarcar sea la planificación, la distribución, la concepción y la difusión de la información, sea el control de esas actividades.

4.2 Los materiales informativos y educativos, impresos, auditivos o visuales, relacionados con la alimentación de los lactantes y destinados a las mujeres embarazadas y a las madres de lactantes y niños de corta edad, deben incluir datos claramente presentados sobre todos y cada uno de los siguientes

extremos: ventajas y superioridad de la lactancia natural; nutrición materna y preparación para la lactancia natural y el mantenimiento de ésta; efectos negativos que ejerce sobre la lactancia natural la introducción parcial de la alimentación con biberón dificultad de volver sobre la decisión de no amamantar al niño y uso correcto, cuando sea necesario, de preparaciones para lactantes fabricadas industrialmente o hechas en casa. Cuando dichos materiales contienen información acerca del empleo de preparaciones para lactantes, deben señalar las correspondientes repercusiones sociales y financieras, los riesgos que presentan para la salud los alimentos o los métodos de alimentación inadecuados y, sobre todo, los riesgos que presenta para la salud el uso innecesario o incorrecto de preparaciones para lactantes y otros sucedáneos de la leche materna. Con ese material no deben utilizarse imágenes o textos que puedan idealizar el uso de sucedáneos de la leche materna.

4.3 Los fabricantes o los distribuidores sólo podrán hacer donativos de equipo o de materiales informativos o educativos a petición y con la autorización escrita de la autoridad gubernamental competente o ateniéndose a las orientaciones que los gobiernos hayan dado con esa finalidad. Ese equipo o esos materiales pueden llevar el nombre o el símbolo de la empresa donante, pero no deben referirse a ninguno de los productos comerciales comprendidos en las disposiciones del presente Código y sólo se deben distribuir por conducto del sistema de atención de salud. Artículo

5. El público en general y las madres

5.1 No deben ser objeto de publicidad ni de ninguna otra forma de promoción destinada al público en general los productos comprendidos en las disposiciones del presente Código.

5.2 Los fabricantes y los distribuidores no deben facilitar, directa o indirectamente, a las mujeres embarazadas, a las madres o a los miembros de sus familias, muestras de los productos comprendidos en las disposiciones del presente Código.

5.3 De conformidad con los párrafos 5.1 y 5.2 no debe haber publicidad en los puntos de venta, ni distribución de muestras ni cualquier otro mecanismo de promoción que pueda contribuir a que los productos comprendidos en las disposiciones del presente Código se vendan al consumidor directamente y al por menor, como serían las presentaciones especiales, los cupones de descuento, las primas, las ventas especiales, la oferta de artículos de reclamo, las ventas vinculadas, etc. La presente disposición no debe restringir el establecimiento de políticas y prácticas de precios destinadas a facilitar productos a bajo coste y a largo plazo.

5.4 Los fabricantes y distribuidores no deben distribuir a las mujeres embarazadas o a las madres de lactantes y niños de corta edad obsequios de artículos o utensilios que puedan fomentar la utilización de sucedáneos de la leche materna o la alimentación con biberón.

5.5 El personal de comercialización no debe tratar de tener, a título profesional, ningún contacto, directo o indirecto, con las mujeres embarazadas o con las madres de lactantes y niños de corta edad.

Artículo 6. Sistemas de atención de salud

6.1 Las autoridades de salud de los Estados Miembros deben tomar las medidas apropiadas para estimular y proteger la lactancia natural y promover la aplicación de los principios del presente Código, y deben facilitar la información y las orientaciones apropiadas a los agentes de salud por cuanto respecta a las obligaciones de éstos, con inclusión de las informaciones especificadas en el párrafo 4.2.

6.2 Ninguna instalación de un sistema de atención de salud debe utilizarse para la promoción de preparaciones para lactantes u otros productos comprendidos en las disposiciones del presente Código. Dichas disposiciones no excluyen, sin embargo, la difusión de informaciones a los profesionales de la salud, según lo previsto en el párrafo 7.2.

6.3 Las instalaciones de los sistemas de atención de salud no deben utilizarse para exponer productos comprendidos en las disposiciones del presente Código o para instalar placartes o carteles relacionados con dichos productos, ni para distribuir materiales facilitados por un fabricante o un distribuidor, a excepción de los previstos en el párrafo 4.3.

6.4 No debe permitirse en el sistema de atención de salud el empleo de «representantes de servicios profesionales», de «enfermeras de maternidad» o personal análogo, facilitado o remunerado por los fabricantes o los distribuidores.

6.5 Sólo los agentes de salud o, en caso necesario, otros agentes de la comunidad, podrán hacer demostraciones sobre alimentación con preparaciones para lactantes, fabricadas industrialmente o hechas en casa, y únicamente a las madres, o a los miembros de la familia que necesiten utilizarlas; la información facilitada debe incluir una clara explicación de los riesgos que puede acarrear una utilización incorrecta.

6.6 Pueden hacerse a instituciones u organizaciones donativos o ventas a precio reducido de suministros de preparaciones para lactantes o de otros productos comprendidos en las disposiciones del presente Código, sea para su uso en la institución de que se trate o para su distribución en el exterior. Tales suministros sólo se deben utilizar o distribuir con destino a lactantes que deben ser alimentados con sucedáneos de la leche materna. Si dichos suministros se distribuyen para su uso fuera de la institución que los recibe, la distribución solamente debe ser hecha por las instituciones u organizaciones interesadas. Esos donativos o ventas a precio reducido no deben ser utilizados por los fabricantes o los distribuidores como un medio de promoción comercial.

6.7 Cuando los donativos de suministros de preparaciones para lactantes o de otros productos comprendidos en las disposiciones del presente Código se distribuyan fuera de una institución, la institución o la organización interesada debe adoptar las disposiciones necesarias para garantizar que los suministros podrán continuar durante todo el tiempo que los lactantes los necesiten. Los donantes, igual que las instituciones u organizaciones interesadas, deben tener presente esa responsabilidad.

6.8 El equipo y los materiales donados a un sistema de atención de salud, además de los que se mencionan en el párrafo 4.3, pueden llevar el nombre o símbolo de una empresa, pero no deben referirse a ningún producto comercial comprendido en las disposiciones del presente Código.

Artículo 7. Agentes de Salud

7.1 Los agentes de salud deben estimular y proteger la lactancia natural, y los que se ocupen particularmente de la nutrición de la madre y del lactante deben familiarizarse con las obligaciones que les incumben en virtud del presente Código, incluida la información especificada en el párrafo 4.2.

7.2 La información facilitada por los fabricantes y los distribuidores a los profesionales de la salud acerca de los productos comprendidos en las disposiciones del presente Código debe limitarse a datos científicos y objetivos y no llevará implícita ni suscitará la creencia de que la alimentación con biberón es equivalente o superior a la lactancia natural. Dicha información debe incluir asimismo los datos especificados en el párrafo 4.2.

7.3 Los fabricantes o los distribuidores no deben ofrecer, con el fin de promover los productos comprendidos en las disposiciones del presente Código, incentivos financieros o materiales a los agentes de la salud o a los miembros de sus familias ni dichos incentivos deben ser aceptados por los agentes de salud o los miembros de sus familias.

7.4 No deben facilitarse a los agentes de salud muestras de preparaciones para lactantes o de otros productos comprendidos en las disposiciones del presente Código, ni materiales o utensilios que sirvan para su preparación o empleo, salvo cuando sea necesario con fines profesionales de evaluación o de investigación a nivel institucional. Los agentes de salud no deben dar muestras de preparaciones para lactantes a las mujeres embarazadas, a las madres de lactantes y niños de corta edad o a los miembros de sus familias.

7.5 Los fabricantes y distribuidores de los productos comprendidos en las disposiciones del presente Código deben declarar a la institución a la que pertenezca un agente de salud beneficiario toda contribución hecha a éste o en su favor para financiar becas, viajes de estudio, subvenciones para la investigación, gastos de asistencia a conferencias profesionales y demás actividades de esa índole. El beneficiario debe hacer una declaración análoga.

Artículo

8. Empleados de los fabricantes y de los distribuidores

8.1 En los sistemas que aplican incentivos de ventas para el personal de comercialización, el volumen de ventas de los productos comprendidos en las disposiciones del presente Código no debe incluirse en el cómputo de las gratificaciones ni deben establecerse cuotas específicas para la venta de dichos productos. Ello no debe interpretarse como un impedimento para el pago de gratificaciones basadas en el conjunto de las ventas efectuadas por una empresa de otros productos que ésta comercialice.

8.2 El personal empleado en la comercialización de productos comprendidos en las disposiciones del presente Código no debe, en el ejercicio de su profesión, desempeñar funciones educativas en relación con las mujeres embarazadas o las madres de lactantes y niños de corta edad. Ello no debe interpretarse como un impedimento para que dicho personal sea utilizado en otras funciones por el sistema de atención de salud, a petición y con la aprobación escrita de la autoridad competente del gobierno interesado. Artículo

9. Etiquetado

9.1 Las etiquetas deben concebirse para facilitar toda la información indispensable acerca del uso adecuado del producto y de modo que no induzcan a desistir de la lactancia natural.

9.2 Los fabricantes y distribuidores de las preparaciones para lactantes deben velar por que se imprima en cada envase o en una etiqueta que no pueda despegarse fácilmente del mismo una inscripción clara, visible y de lectura y comprensión fáciles, en el idioma apropiado, que incluya todos los puntos siguientes: a) las palabras «Aviso importante» o su equivalente; b) una afirmación de la superioridad de la lactancia natural; c) una indicación en la que conste que el producto sólo debe utilizarse si un agente de salud lo considera necesario y previo asesoramiento de éste acerca del modo apropiado de empleo; d) instrucciones para la preparación apropiada con indicación de los riesgos que una preparación inapropiada puede acarrear para la salud. Ni el envase ni la etiqueta deben llevar imágenes de lactantes ni otras imágenes o textos que puedan idealizar la utilización de las preparaciones para lactantes. Sin embargo, pueden presentar indicaciones gráficas que faciliten la identificación del producto como un sucedáneo de la leche materna y sirvan para ilustrar los métodos de preparación. No deben utilizarse términos como «humanizado», «maternalizado» o términos análogos. Pueden incluirse prospectos con información suplementaria acerca del producto y su empleo adecuado, a reserva de las condiciones antedichas, en cada paquete o unidad vendidos al por menor. Cuando las etiquetas contienen instrucciones para modificar un producto y convertirlo en una preparación para lactantes, son aplicables las disposiciones precedentes.

9.3 Los productos alimentarios comprendidos en las disposiciones del presente Código y comercializados para la alimentación de lactantes, que no reúnan todos los requisitos de una preparación para lactantes, pero que puedan ser modificados a ese efecto, deben llevar en el marbete un aviso en el que conste que el producto no modificado no debe ser la única fuente de alimentación de un lactante. Puesto que la leche condensada azucarada no es adecuada para la alimentación de los lactantes ni debe utilizarse como principal ingrediente en las preparaciones destinadas a éstos, las etiquetas correspondientes no deben contener indicaciones que puedan interpretarse como instrucciones acerca de la manera de modificar dicho producto con tal fin.

9.4 La etiqueta de los productos alimentarios comprendidos en las disposiciones del presente Código debe indicar todos y cada uno de los extremos siguientes: a) los ingredientes utilizados; b) la composición/análisis del producto; c) las condiciones requeridas para su almacenamiento y d) el número de serie y la fecha límite para el consumo del producto, habida cuenta de las condiciones climatológicas y de almacenamiento en el país de que se trate.

Artículo 10. Calidad

10.1 La calidad de los productos es un elemento esencial de la protección de la salud de los lactantes y, por consiguiente, debe ser de un nivel manifiestamente elevado.

10.2 Los productos alimentarios comprendidos en las disposiciones del presente Código y destinados a la venta o a cualquier otra forma de distribución deben satisfacer las normas aplicables recomendadas por la Comisión del Codex Alimentarius y las disposiciones del Codex recogidas en el Código de Prácticas de Higiene para los Aumentos de los Lactantes y los Niños. Artículo

11. Aplicación y vigilancia

11.1 Los gobiernos deben adoptar, habida cuenta de sus estructuras sociales y legislativas, las medidas oportunas para dar efecto a los principios y al objetivo del presente Código, incluida la adopción de leyes y reglamentos nacionales u otras medidas pertinentes. A ese efecto, los gobiernos deben procurar obtener, cuando sea necesario, el concurso de la OMS, del UNICEF y de otros organismos del sistema de las Naciones Unidas. Las políticas y las medidas nacionales, en particular las leyes y los reglamentos, que se adopten para dar efecto a los principios y al objetivo del presente Código, deben hacerse públicas y deben aplicarse sobre idénticas bases a cuantos participen en la fabricación y la comercialización de productos comprendidos en las disposiciones del presente Código.

11.2 La vigilancia de la aplicación del presente Código corresponde a los gobiernos actuando tanto individualmente como colectivamente por conducto de la Organización Mundial de la Salud, a tenor de lo previsto en los párrafos 11.6 y 11.7. Los fabricantes y distribuidores de los productos comprendidos en las disposiciones del presente Código, así como las organizaciones no gubernamentales, los grupos de profesionales y las asociaciones de consumidores apropiados deben colaborar con los gobiernos con ese fin.

11.3 Independientemente de cualquier otra medida adoptada para la aplicación del presente Código, los fabricantes y los distribuidores de productos comprendidos en las disposiciones del mismo deben considerarse obligados a vigilar sus prácticas de comercialización de conformidad con los principios y el objetivo del presente Código y a adoptar medidas para asegurar que su conducta en todos los planos resulte conforme a dichos principios y objetivo.

11.4 Las organizaciones no gubernamentales, los grupos profesionales, las instituciones y los individuos interesados deben considerarse obligados a señalar a la atención de los fabricantes o distribuidores las actividades que sean incompatibles con los principios y el objetivo del presente Código, con el fin de que puedan adaptarse las medidas oportunas. Debe informarse igualmente a la autoridad gubernamental competente.

11.5 Los fabricantes y distribuidores primarios de productos comprendidos en las disposiciones del presente Código deben informar a todos los miembros de su personal de comercialización acerca de las disposiciones del Código y de las responsabilidades que les incumben en consecuencia.

11.6 De conformidad con lo dispuesto en el Artículo 62 de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, los Estados Miembros informarán anualmente al Director General acerca de las medidas adoptadas para dar efecto a los principios y al objetivo del presente Código.

11.7 El Director General informará todos los años pares a la Asamblea Mundial de la Salud acerca de la situación en lo que se refiere a la aplicación de las disposiciones del Código; y prestará asistencia técnica, a los Estados Miembros que la soliciten, para la preparación de leyes o reglamentos

nacionales o para la adopción de otras medidas apropiadas para la aplicación y la promoción de los principios y el objetivo del presente Código.